Kraków, 15. lipca. 1862. L. 1911. Zeszyt jubileuszowy.

PRZEGLĄD LEKARSKI

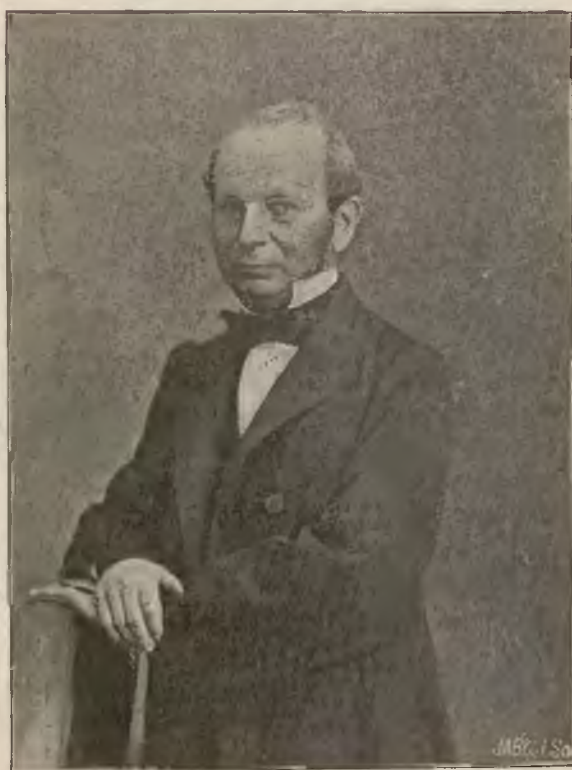
REDAKTOR GŁÓWNY: PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.



JÓZEF DIETL
red. 1862 — 1867
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.



FRYDERYK SKOBEL
red. 1862 — 1871
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.



JÓZEF MAJER
red. 1862 — 1871
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.



MICHAŁ ZIELENIEWSKI
red. 1862 — 1870
Według fotografii, będącej własnością rodziny.

Rzut oka na rozwój czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego ze szczególnem uwzględnieniem pięćdziesięciolecia „Przeglądu Lekarskiego“.

Napisał

Adam Wrzosek.

ROZDZIAŁ I.

O najdawniejszych czasopismach lekarskich w Polsce. Rozwój czasopiśmiennictwa lekarskiego w Wilnie i Warszawie.



Najdawniejsze czasopisma lekarskie polskie początkiem swoim nie sięgają wstecz poza XIX. stulecie. Mieliśmy wprawdzie już w XVIII. stuleciu czasopismo lekarskie, lecz nie w polskim języku wydawane.

Pomijając rozprawy naukowe, ogłaszane drukiem od r. 1747 przez Towarzystwo badaczy natury w Gdańsku p. t. »Versuche und Abhandlungen der naturforschenden Gesellschaft in Danzig«, w których umieszczane były także pisma treści medycznej [1]), pierwszem czasopismem lekarskiem w Polsce było wydawane od roku 1750 pod łacińską nazwą: »Primitiae physico-medicae ab iis qui in Polonia et extra eam medicinam faciunt, collectae«. Czasopismo to wydawane było prawie wyłącznie w języku niemieckim przez trzech lekarzy: Ernesta Jeremiasza Neufelda, nadwornego lekarza królów polskich Augusta III. i Stanisława Augusta, fizyka powiatowego w Lesznie; Bogumiła Efraima Hermana, lekarza powiatowego w Bojanowie, i Jana Chrystyana Hefftera. Pierwszy tom, wydany w r. 1750 w Lesznie, zawiera, prócz dedykacyi Załuskiemu, wielkiemu referendarzowi koronnemu, i prócz przedmowy, 15 arkuszy druku z 19 rozprawami, z których jedna napisana jest po łacinie, a reszta po niemiecku. Wszystkie prace napisane zostały przez wymienionych trzech wydawców czasopisma. Drugi tom czasopisma, obszerniejszy od pierwszego, został wydany w Culichowie również w 1750 r. Przypisany Czartoryskiemu, wojewodzie ruskiemu, zawiera 26 rozpraw wyłącznie w języku niemieckim, napisanych przez Neufelda, Bauera, Hefftera i Hermana. Trzeci, a zarazem ostatni tom, został wydany w Culichowie w r. 1753 z dedykacyą Małachowskiemu, wielkiemu kanclerzowi koronnemu. Obszerniejszy od dwóch poprzednich zawiera, podobnie jak tom drugi, wyłącznie rozprawy w języku niemieckim, napisane przez Wawrzyńca Mizlera de Kolof, Neufelda, Hermana, Hefftera, Bauera i Grygiera. Wśród pism tam umieszczonych, a dotyczących niemal wyłącznie medycyny praktycznej, znajduje się rozprawa Mizlera pt. »Von der Nothwendigkeit eines medicinischen Collegii, so unter königlichem Ansehen zu Warschau aufzurichten«. Rzecz ta wyszła już była przedtem po łacinie w Warszawie w r. 1752 [2]).

Interesuje ona nas z tego względu, iż w tymże roku uzyskał Mizler od Augusta III. przywilej na założenie »Collegium Medicum Varsoviense« [3]). Miało to być stowarzyszenie lekarzy, chirurgów i aptekarzy, w Warszawie zamieszkałych, w rodzaju dzisiejszych Towarzystw lekarskich, a nadto instytucya egzaminacyjna dla lekarzy, którzy pragnęli praktykować w Warszawie [4]). Projekt Mizlera z powodu ówczesnych warunków politycznych nie wszedł w życie.

Po upadku czasopisma naukowego lekarskiego, wydawanego przez Neufelda, Hermana i Hefftera, nie rychło pojawiły się w Polsce nowe tego rodzaju wydawnictwa, nie można bowiem za takie uważać trzech czasopism przez wspomnianego już Mizlera wydawanych, a więc ani »Warschauer Bibliothek«, która wychodziła w 1753 i w 1754 roku, ani »Acta litteraria Regni Poloniae et M. D. Lithuaniae«, wydawanych od roku 1755 przez kilka lat [5]), ani czasopisma p. t. »Nowe wiadomości ekonomiczne i uczone, czyli Magazyn wszystkich nauk«, które wychodziły od 1758 do 1761 roku, gdyż wszystkie te pisma peryodyczne, lubo zawierały pewną liczbę artykułów treści lekarskiej, nie były jednak czasopismami czysto lekarskiemi.

Pierwsze czasopismo lekarskie polskie zaczęło wychodzić w 1801 roku w Warszawie p. t. »Dziennik Zdrowia dla wszystkich stanów, wydawany przez Leopolda Lafon-

---

[1]) Ludwik Gąsiorowski. Zbiór wiadomości do historyi sztuki lekarskiej w Polsce. T. II. Poznań 1853, str. 108.

[2]) L. Gąsiorowski o. c. T. II., str. 400.

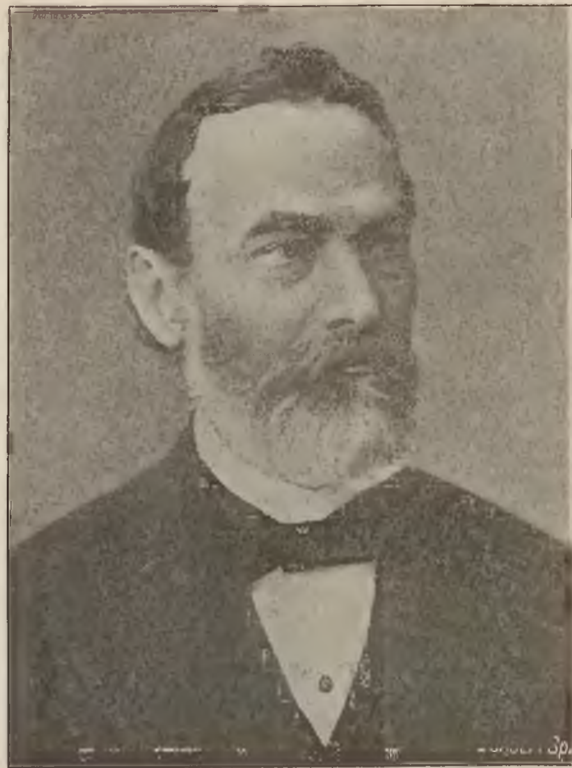
[3]) Fr. Giedroyć. Dawne projekta Collegium Medicum w Warszawie. Krytyka Lekarska T. I. 1897, str. 91.

[4]) J. Bieliński. Pierwsza Akademia Lekarska w Warszawie. Nowiny Lekarskie 1906, Nr 1., str. 39.

[5]) Gąsiorowski o. c. T. II., str. 401.

taine, Medycyny i Chirurgii Doktora, Konsyliarza y Chiriatera ś. p. Stanisława Augusta Króla Polskiego«. Był to starannie wydawany popularny miesięcznik, którego trzy zeszyty składały się na jeden tom. W przedmowie do pierwszego zeszytu, ozdobionego iluminowanym miedziorytem, czytamy: »Każdy numer tego Dziennika z ośmiu arkuszy złożony, i co miesiąc wychodzić maiący, zamykać w sobie będzie rozmaite z nauki lekarskiey czerpane materye, a nadewszystko opisanie naypospolitszych w życiu ludzkim, a naszemu klimatowi i sposobowi życia szczegulniey właściwych chorob, iak n. p. kołtuna, hemorrhoidów etc. etc.«. Pierwszy zeszyt, wydany w lipcu 1801, zawiera następujące artykuły: »1) O prawdziwey wartości sztuki lekarskiey. 2) O używaniu prezerwatywow. 3) O używaniu i nadużyciu rzecznych a mianowicie wiślanych kąpieli, i nieco o kąpieli powietrzney. 4) Jak się podczas grzmotow zachować zależy. 5) O wpływie nowych stroiow damskich na ich zdrowie. 6) Opisanie pewney zdrowey osoby wewnątrz otwor w żołądku maiącey. 7) O truciznach w ogule. 8) O grzybach. 9) O ekonomice domowey i wieyskiey«. Stronic zawiera ten zeszyt 128. — Takiej mniej więcej objętości i podobnej treści były następne zeszyty, których wyszło 12. Ostatni zeszyt wyszedł w czerwcu r. 1802. »Dziennik zdrowia« podobno pisał Lafontaine po francusku, a Jakób Adamczewski tłómaczył go na język polski. Tak utrzymuje Sobieszczański[6]) w »Rysie historycznym, statystycznym wzrostu i stanu miasta Warszawy« (Warszawa 1848). Wiadomo jednak skądinąd, że Lafontaine władał dobrze językiem polskim.

Czasopismo, o którem mowa, odznaczało się pod każdym względem starannem wydaniem, bo i doborem artykułów, i poprawną polszczyzną, i papierem niezłym, i drukiem ładnym, i bardzo staranną korektą, i dobrymi miedziorytami. Na dowód, że »Dziennik Zdrowia« był w rzeczy samej dobrym językiem pisany, a zarazem jako przykład jasnego wykładu, przytaczam kilka ustępów z niektórych artykułów. W piśmie p. t. »O używaniu i nadużyciu rzecznych, a mianowicie wiślanych kąpieli i nieco o kąpieli powietrzney«, wydrukowanym w pierwszym zeszycie, autor, po omówieniu kąpieli rzecznych, dodaje: »Przydam tu ieszcze kilka słów o powietrzney kąpieli. Rozumiem przez nią poruszenie ciała w wolnym powietrzu, w którym toż ciało, albo wcale z sukien obnażone, albo tylko samą koszulą pokryte być powinno. Jednakże pożytek z takowej kąpieli iest daleko większy, wystawuiąc na wolne powietrze ciało zupełnie nagie. Jest to nayprzednieyszy środek wzbudzenia dzielności w skurze naszey, utrzymania transpiracyi, ułatwienia rozmaitych odchodow, i wzmocnienia całego ciała«. »Czyste, suche, przez słońce ogrzane, nie w mocnym będące poruszeniu powietrze, nayprzydatnieysze iest do takowey kąpieli. Naylepsza przeto pora do tego w lecie przy dobrey pogodzie, iest z rana od 9. do 11., lub wieczorem od 4. do 6. godziny«. — W zeszycie drugim »Dziennika Zdrowia«, artykuł »O brzemienności« zaczyna się temi słowy: »Nic nie może być ważnieyszego w całey sztuce lekarskiey, nad podanie sposobow, podług których ciężarne kobiety zachować się powinny, ażeby nim przyidą do rozwiązania, w iak naylepszym utrzymywały się zdrowiu«. Potem autor, wspominając o roli niewiasty w społeczeństwie, pisze: »Godnym kochania i rozsądnie myślącym piękney płci osobom, które swoiego powołania żon i matek szczerze dopełniaią, i które znaią iak wysokie w społeczeństwie mieysce iest dla nich przeznaczone, nayrzetelnieyszym szacunkiem przeięty, ninieyszą pracę poświęcam. Być od nich czytanym, a przez to stawać się im pożytecznym, jedynym zawsze w życiu moim będzie życzeniem. — Ciężarna kobieta przez to samo godna iest uszanowania, że krajowi nowego wydaie obywatela, że ludność pomnaża i rozkrzewia familie«. O planie całej pracy tak autor pisze: »Ta dyssertacya następuiące zawierać będzie materye: osobliwie o stanie samey brzemienności, o własnościach macicy, o początkach brzemienności, o rachubie czasu w tey epoce, o brzemienności pozorney, ogulne przepisy dla ciężarnych, o dyecie w tym stanie, przygotowanie do połogu, układ przyszłego wychowania dzieci; uwagi nad postępowaniem tych, co same dziecięcia karmić nie mogą, wybor mamki, karmienie dziecięcia piersiami, szczegulnieysze w tym razie przepisy, o jedzeniu i piciu, o spoczynku o snie i ochędostwie, o odzieży podczas ciąży, o stanie umysłu i namiętnościach, o osobliwych w ciąży pożądliwościach, o odstawianiu od piersi. — O chorobach i zwyczaynych symptomatach w brzemienności, jako o zatwardzeniu, ckliwościach, womitach, bolu głowy, żołądka, kłociu w piersiach, konwulsyach, puchnieniu nog, upływie krwi, o przyczynach poronienia i środkach temu zapobiegaiących, o rodzeniu nieżywych dzieci. Ogulne przepisy dla rodzących, własność pokoju dla połogu, obeyście rodzącey, nastąpienie naturalnego porodzenia. O zachowaniu się samey położnicy i o opatrywaniu rozwiązaney, szkodliwość zaziębienia, wizyty połogowe, ciepłe trzymanie się, o ochędostwie, o jedzeniu i piciu w tym czasie. Przestrogi dla



ANTONI BRYK
red. 1862 — 1864
Według fotografii ze zbiorów Dr T. Józefczyka.

[6]) L. Gąsiorowski o. c. T. III., str. 216.

matki dziecię karmiącey, o chorobach piersi, o febrze mlecznej, o skutkowaniu mleka etc. etc.«. Na tak wielką skalę zakrojona praca drukowana była, poczynając od drugiego zeszytu »Dziennika Zdrowia« aż do ostatniego włącznie.

Zatrzymałem się dłużej na »Dzienniku Zdrowia«, z dwóch względów: po pierwsze, że było to pierwsze czasopismo lekarskie polskie; po wtóre, że jako czasopismo popularne, głównie higienie poświęcone, posiada wszelkie zalety dobrze wydawanego pisma peryodycznego. Z tego tytułu należy mu się poczesne miejsce w dziejach naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego.

Wydawca »Dziennika Zdrowia«, a raczej jego autor — Leopold Lafontaine, lubo z pochodzenia cudzoziemiec, w Szwabii w 1756 urodzony, przeżył jednak znaczną część życia swego w Polsce i zapisał swe imię zaszczytnie w naszem piśmiennictwie. Był on przez pewien czas lekarzem w Tarnowie, potem osiadł w Krakowie, gdzie szybko doszedł do wielkiej wziętości, jako operator. Na prośbę księżny z Lubomirskich Czartoryskiej, właścicielki Krzeszowic, zajął się podniesieniem tamtejszych zdrojów. W r. 1789 wydał w Krakowie książkę p. t. »Opisanie skutków y używania ciepłych siarczystych y zimnych żelaznych kąpieli w Krzeszowicach«. Był lekarzem nadwornym Stanisława Augusta. W r. 1807 Józef książe Poniatowski mianował go jeneralnym protochirurgiem wojska polskiego. Wzięty w r. 1812 do niewoli w czasie wyprawy do Rosyi, umarł w Mohilewie w grudniu tegoż roku. Lafontaine władał dobrze językiem polskim, czego dowodzą prace jego po polsku napisane, mowy wygłaszane przezeń na posiedzeniach Warszawskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk i przekład z języka włoskiego na polski opery p. t. »Nina czyli obłąkana z miłości« [7]).

Po upadku »Dziennika Zdrowia« upłynęło lat kilkanaście, zanim zaczęły się ukazywać u nas nowe czasopisma lekarskie. Poczynając od końca drugiego dziesiątka lat ubiegłego stulecia, pojawiały się jedne po drugich, lecz wszystkie, które w pierwszej połowie XIX wieku powstały, po krótszym lub dłuższym czasie upadły, z wyjątkiem jedynie »Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego«, który po dziś dzień wychodzi.

Ogniskami, w których z początku najlepiej zaczęło się rozwijać nasze czasopiśmiennictwo lekarskie, były trzy miasta, w których posiadaliśmy polskie wydziały lekarskie, a więc Wilno, Warszawa i Kraków.

W pierwszej połowie ubiegłego stulecia z trzech naszych wydziałów lekarskich najsławniejszym niewątpliwie był Wileński. Nie dziw przeto, że właśnie w stolicy Litwy, gdzie mieliśmy nie tylko świetną wszechnicę, lecz i dobrze rozwijające się Towarzystwo Lekarskie, powstało pierwsze ściśle naukowe czasopismo polskie, poświęcone medycynie; nie można bowiem za takie uważać warszawskiego »Dziennika Zdrowia«, który był w całem tego słowa znaczeniu czasopismem popularnem.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie, założone w 1805 r., miało w ustawie paragraf, dotyczący wydawania prac naukowych. Paragraf ten brzmiał: »Czynności Towarzystwa ciągle w pewne czasy drukiem ogłaszane będą i to ogłoszenie będzie w języku łacińskim. Ustanowi się komitet z trzech obranych członków złożony, którego obowiązkiem będzie wybierać pisma warte druku i o tych dawać wiadomości Towarzystwu, które o wybranych pismach da wyrok: poczem tenże komitet zajmie się przywiedzeniem do skutku ogłoszenia czynności Towarzystwa« [8]). Nie rychło jednak po założeniu Towarzystwa wspomniany paragraf ustawy został w życie wprowadzony, bo dopiero w 1815 r. zaczęto myśleć o jego urzeczywistnieniu. Wtedy to na wniosek Józefa Franka postanowiło Towarzystwo przystąpić do wydawania prac swoich członków. Wybrano komitet redakcyjny, w skład którego wchodzili: Becu, Mikołaj Mianowski i Józef Frank, jako przewodniczący. Po wyjeździe Mianowskiego za granicę zastąpił go w komitecie Michał Homolicki [9]). Pierwszy tom »Pamiętników Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego« wyszedł z druku dopiero w r. 1818 [10]). Zawiera on prace najwybitniejszych członków Towarzystwa: Jędrzeja Śniadeckiego, Józefa Franka, Mikołaja Mianowskiego i innych. Do komitetu redakcyjnego w celu wydania drugiego tomu »Pamiętników« zostali wybrani: Józef Frank, Lobenwein, Pelikan, Mikołaj Mianowski i Michał Homolicki. Tom ten opuścił prasę w r. 1821. Złożyły się na niego między innemi prace Józefa Franka, Mikołaja Mianowskiego, Pelikana, Wolfganga i Lobenweina. Czasopismo to, zasilane pracami przeważnie profesorów uniwersytetu, stanęło odrazu na wysokim poziomie naukowym. Jednocześnie z niem zaczął wychodzić »Pamiętnik Farmaceutyczny Wileński«. Był to organ Wydziału Farmaceutycznego w Towarzystwie lekarskiem Wileńskiem. »Pamiętnika« rzeczonego wyszły dwa tomy: pierwszy w 1820 roku, drugi o rok później. Wiele prac umieścił w nich Jan Wolfgang, na którego właśnie wniosek został utworzony w Towarzystwie Lekarskiem Wydział Farmaceutyczny.

W roku 1821 postanowiło Towarzystwo Lekarskie Wileńskie zamiast dwóch dotychczasowych czasopism wydawać tylko jedno kwartalne p. t. »Dziennik Medycyny, Chirurgii i Farmacyi«. Do nowego komitetu redakcyjnego zostali wybrani: Józef Frank, Pelikan, Mikołaj Mianowski, Wolfgang i Porcyanko [11]). Pierwszy numer tego czasopisma wyszedł w r. 1822. W przedmowie podany jest krótki program czasopisma, które ma zawierać: »1) Rozprawy i postrzeżenia przez członków Towarzystwa lub inne osoby podawane. 2) Wyjątki z pism zagranicznych i wiadomości o dziełach nowych lekarskich, z dołączeniem ich rozbioru. 3) Kronikę Towarzystw Lekarskich. 4) Rozmaite wiadomości«. Tom pierwszy, zawierający stronic 774 i cztery ryciny, wyszedł w całości w r. 1822, tom zaś drugi o 685 stronicach w roku następnym. Po wyjściu dwóch tomów to starannie wydawane czasopismo przerwane zostało. Spotkał je zatem taki sam los, jak poprzednie dwa wydawnictwa Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego, których również

---

[7]) Kośmiński. Słownik lekarzów polskich. Warszawa 1883—1888, str. 261.

[8]) W. Zahorski. Zarys dziejów Ces. Towarzystwa lekarskiego w Wilnie (1805—1897). Warszawa 1898, str. 8. Odbitka z »Pamiętn. Tow. Lek. Warsz.«

[9]) W. Zahorski l. c. str. 42.

[10]) Jeszcze zanim opuścił prasę pierwszy tom »Pamiętników Tow. Lek. Wil.«, zaczęło wychodzić w Wilnie czasopismo p. t. »Pamiętnik Magnetyczny Wileński«, którego trzy tomy wyszły kolejno w latach 1816, 1817 i 1818. Zawierał on także artykuły treści lekarskiej (Gąsiorowski o. c. T. III. str. 134).

[11]) J. Bieliński. Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej. Warszawa 1889 str. 763.

wyszło tylko po dwa tomy. W obydwu tomach »Dziennika Medycyny, Chirurgii i Farmacyi« spotykamy wiele prac profesorów Uniwersytetu Wileńskiego, między innemi rozprawę Franka p. t. »Rzut oka na teraźniejszy stan medycyny praktycznej«, artykuł Pelikana p. t. »Przykład rozcięcia krtani i rurki powietrznej«, pracę Mikołaja Mianowskiego pod napisem »Uwagi nad dobywaniem miejsca niewieściego przy porodzie« i wiele innych.

Powodem upadku »Dziennika Medycyny, Chirurgii i Farmacyi« był brak prenumeratorów.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie postanowiło w r. 1829 wznowić swoje ostatnie wydawnictwo. W tym celu wybrano komitet redakcyjny, złożony z Jędrzeja Śniadeckiego, Abichta, Porcyanki, Rymkiewicza, Woelcka i Józefa Mianowskiego. W r. 1830 wyszedł trzeci tom »Dziennika Medycyny, Chirurgii i Farmacyi« z przedmową Śniadeckiego. Był to ostatni tom tego czasopisma, albowiem w roku następnym zostało ono zawieszone, gdyż rząd nie pozwolił nadal go wydawać w języku polskim [12]).

Po roku 1831, wobec ówczesnych warunków politycznych, Towarzystwo Lekarskie Wileńskie nie mogło nawet marzyć o systematycznem, a zarazem oficyalnem wydawaniu polskiego czasopisma naukowego.

W r. 1838 zaczęło wychodzić w Wilnie nowe czasopismo lekarskie, organ Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej. Wyszedł tylko tom pierwszy p. t. »Collectanea medico-chirurgica Cesareae Academiae medico-chirurgicae cura et impensis edita. Vol. I cum tribus tabulis in lapide delineatis. Vilnae 1838«. Na przeszkodzie do dalszego wydawania tego czasopisma stanęło rychłe zamknięcie Akademii, a raczej przeniesienie jej do Uniwersytetu św. Włodzimierza w Kijowie.

Wszystkie czasopisma lekarskie wileńskie, o których wyżej była mowa, były de facto organami tamtejszego Wydziału Lekarskiego, albowiem redagowali je i swojemi pracami zasilali prawie wyłącznie profesorowie rzeczonego wydziału. Poziom naukowy tych czasopism odpowiadał świetnemu stanowi ówczesnego Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Wileńskim.

Po zamknięciu wyższych uczelni polskich w Wilnie jedynem ogniskiem, w którem podtrzymywano tradycyę ruchu naukowego, było Towarzystwo Lekarskie. Nie mogąc przystąpić oficyalnie do wydawnictwa peryodycznego polskiego, postanowiło uchronić jednak od niepamięci lepsze prace, nagromadzone w swojem archiwum. W tym celu były one ogłaszane przez byłego profesora Uniwersytetu Adamowicza p. t. »Praktyczne najnowsze postrzeżenia niektórych lekarzy«, których pierwsze 2 tomy wyszły w Wilnie w r. 1846, trzeci i czwarty w Warszawie w r. 1852 i wreszcie piąty, a zarazem ostatni, w Wilnie w r. 1862. I temu wydawnictwu zadały cios niezawodnie warunki polityczne, owo po r. 1863 bezwzględne zwalczanie kultury polskiej na Litwie.

Kończąc wiadomość o czasopismach lekarskich, które wychodziły w Wilnie, należy wspomnieć, że na Litwie także i w innem mieście zrobiono próbę wydawania pisma peryodycznego, związek z medycyną mającego. Mam na myśli czasopismo p. t. »Ondyna druskienickich źródeł«, którego

[12]) J. Bieliński. Stan nauk etc. str. 765.



JÓZEF OETTINGER
red. 1862 — 1871
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.

trzy roczniki wydał w Grodnie lekarz Ksawery Wolfgang w latach 1844, 1845 i 1846 [13]). Zawierają one między innymi również kilka artykułów popularnych treści lekarskiej [14]).

W nierównie szczęśliwszych warunkach, aniżeli w Wilnie, mogło się rozwijać nasze czasopiśmiennictwo lekarskie w Warszawie, choć i tam warunki polityczne niejednokrotnie hamowały jego rozwój. Pierwsze czasopisma lekarskie naukowe zaczęły powstawać w Warszawie później, aniżeli w Wilnie, bo dopiero w 1828 roku. Przed tym rokiem wychodziło w Warszawie tylko popularne czasopismo lekarskie Lafontaine'a, artykuły zaś naukowe treści medycznej były wprawdzie także przed tym rokiem w Warszawie drukowane, jednakże nie w samoistnem czasopiśmie lekarskiem, lecz w »Rocznikach Towarzystwa Warszawskiego Przyjaciół Nauk«, które wychodziły od r. 1802 aż do końca istnienia Towarzystwa.

W r. 1828 zaczęły w Warszawie jednocześnie wychodzić dwa czasopisma archiwalne lekarskie: »Magazin für Heilkunde und Naturwissenschaft in Pohlen, in Verbindung mit einem Vereine von Aerzten herausgegeben von Leopold Leo, Dr der Med. und Chir. i t. d.« i »Pamiętnik Lekarski Warszawski«, pod redakcyą i nakładem Wilhelma Malcza. Obydwu tych czasopism wyszły tylko po dwa tomy: pierwsze w 1828 roku, wtóre zaś w roku następnym. — Dziwną jest rzeczą, dlaczego pierwsze z wymienionych czasopism wydawane było w języku niemieckim i to za Królestwa Kongresowego. Łatwiej byłoby zrozumieć, gdyby takie czasopismo wychodziło było w Warszawie za czasów panowania pruskiego, lub gdyby było wydawane w języku

[13]) Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie. Warszawa 1897, str. 863.

[14]) L. Gąsiorowski o. c. T. III. str. 610.

łacińskim, który wówczas uchodził jeszcze do pewnego stopnia za międzynarodowy język uczonych. Wprawdzie w przedmowie Leo tłumaczy, dlaczego w niemieckim języku postanowił wydawać swoje czasopismo, lecz argumenty jego nie przemawiają do przekonania. Kwartalnik Lea, jako że w języku obcym był wydawany, do literatury polskiej właściwie nie należy. Natomiast Malcza »Pamiętnik Lekarski Warszawski« jest pierwszem polskiem czasopismem naukowem lekarskiem w Warszawie.

Wilhelm Malcz, którego ojciec (Malsch) przybył z Saksonii do Polski, urodził się w r. 1795 w Warszawie. Jako praktyk zyskał sobie największą sławę wśród ówczesnych lekarzy warszawskich. Ogłosił sporo prac, zwłaszcza w wydawanem przez siebie czasopiśmie, do którego współpracowników należeli Czekierski, Mile, Kaczkowski, Janikowski, Helbich, Tomorowicz, Bierkowski i inni. Niektóre z prac tam wydrukowanych wyszły w niemieckim przekładzie w czasopiśmie Lea.



LUCYAN RYDEL
red. 1867 – 1871
Według fotografii ze zbiorów Prof. Dr Browicza.

»Pamiętnik Lekarski Warszawski« był nader starannie redagowany. Podwójną była zasługa Malcza, bo nie tylko własnym nakładem wydawał wspomniane czasopismo, ale poświęcał mu nadto wiele czasu, jako sumienny redaktor, a zarazem pilny współpracownik. Rzetelnie dbając o rozwój »Pamiętnika«, występuje w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem z wnioskiem, aby Towarzystwo prace swoje w jego czasopiśmie drukowało. Wniosek ten zostaje uchwalony na posiedzeniu w dniu 6. lipca 1830 r. Co więcej, Towarzystwo, pragnąc przyczynić się do pokrycia kosztów wydawnictwa, postanawia 3. sierpnia tegoż roku, aby wszyscy członkowie prenumerowali »Pamiętnik Lekarski Warszawski« [15]). I wtedy właśnie, kiedy wszystko rokowało pomyślny rozwój czasopisma Malcza, nagle upadło ono. Nie ulega wątpliwości, że przyczyniły się do tego ówczesne warunki polityczne, mianowicie wybuch powstania listopadowego: »inter arma silent musae«. Dopiero po kilku latach powstało w Warszawie czasopismo, bardzo podobne do »Pamiętnika« Malcza, które nawet można do pewnego stopnia uważać za dalszy jego ciąg. Był to »Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego«, którego tom pierwszy opuścił pracę w 1837 roku.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, które zawiązało się w r. 1820, miało już w pierwotnej swojej ustawie paragraf, dotyczący ogłaszania drukiem prac swoich. W roku 1822 ówczesny prezes Towarzystwa, A. Wolff, podnosi konieczność takiego wydawnictwa i nawet w tym celu podaje projekt, który w roku 1823 z małemi zmianami został uchwalony. Według tego projektu komitet redakcyjny miał się składać z 7 członków, corocznie wybieranych. Jako główne zadanie komitetu projekt wymieniał: ocenianie rozpraw, mających być drukowanemi w rocznikach, redakcyę tych roczników i dozorowanie druku ich. W myśl tego projektu został w r. 1823 wybrany komitet redakcyjny, w skład którego weszli wybitni lekarze, profesorowie: A. Wolff, J. Brandt, Dybek, Fijałkowski, Szczucki, Mile i Wojde. Najpilniejszą sprawą, którą się przedewszystkiem zajął komitet, było wyszukanie nakładcy, gdyż Towarzystwo nie posiadało dostatecznych na zamierzone wydawnictwo funduszów. Nakładcę rychło znaleziono w osobie ks. Dąbka, który zgodził się własnym kosztem drukować Pamiętnik Towarzystwa, atoli pod dwoma warunkami, a mianowicie, że każdy z członków Towarzystwa obowiązany będzie prenumerować Pamiętnik, oraz że Towarzystwo podejmie się własnym nakładem wylitografować kolorową okładkę. Aczkolwiek na warunki te Towarzystwo się zgodziło, nie wiadomo, dlaczego do wydawania Pamiętnika nie doszło. Działo się to w r. 1823. W trzy lata potem ponowiło Towarzystwo próbę wydawania Pamiętnika, powierzając to wydawnictwo drukarni Łątkiewicza. Lecz i tym razem zamiary spełzły na niczem. Po upadku Pamiętnika Lekarskiego Warszawskiego, który w r. 1830 miał się stać do pewnego stopnia organem Towarzystwa, wybrano w 1833 roku komitet, do którego weszli: Malcz, Mile i Mylo. Zadaniem komitetu było obmyślenie sposobu, w jakiby można uskutecznić zamierzone wydawnictwo. Snać sprawa ta posunęła się naprzód, skoro w r. 1835 na życzenie Towarzystwa Malcz, Oczapowski i Koehler przystępują do opracowania projektu czasopisma. Projekt ich z małemi odmianami został w r. 1836 uchwalony, poczem A. Janikowski, Le Brun, Lebel, Leo, Koehler i W. Malcz zostali wybrani do komitetu redakcyjnego, który niezwłocznie przystąpił do pracy. Pierwszy zeszyt Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego został wreszcie 18. kwietnia 1837 r. wydrukowany [16]). Od tego czasu wydawnictwo rzeczone wychodzi bez przerwy i ma już obecnie przeszło stutomowy dorobek. W długim okresie swojego istnienia przechodziło ono rozmaite koleje, lecz nigdy nie zbaczało

---

[15]) S. Kośmiński. Wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika Tow. Lek. Warsz. z lat 1837—1876. Warszawa 1877. str. V.

[16]) S. Kośmiński. Wykaz rzeczy i t. d. l. c. W przedmowie do »Wykazu« podana jest historya założenia i rozwoju Pam. Tow. Lek. Warsz.

z pierwotnie wytkniętego szczytnego celu, rzetelnego służenia nauce.

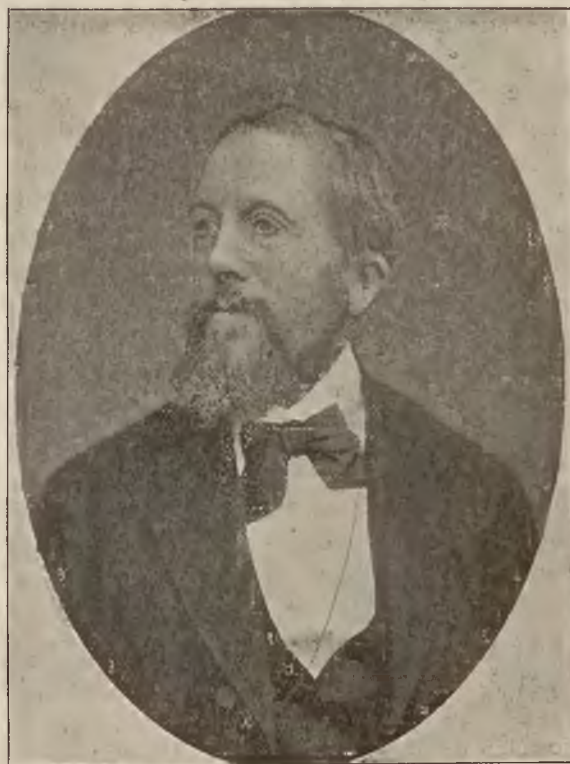
Wydawanie drugiego tomu Pamiętnika trwało dwa lata. Wyszedł on w r. 1839 pod redakcyą A. Janikowskiego, Lebla, Le-Bruna, Koehlera, Malcza i Oczapowskiego. Ponieważ lichy stan funduszów Towarzystwa utrudniał dalsze wydawanie Pamiętnika, przeto Towarzystwo zwróciło się do rządu z prośbą o poparcie. Prośba została uwzględniona. Rząd w osobie namiestnika wydał w r. 1840 rozporządzenie, na mocy którego polecono wszystkim lekarzom rządowym w Królestwie Polskiem prenumerować »Pamiętnik« za opłatą 20 złp. rocznie. Wzamian za to »Pamiętnik« obowiązany był umieszczać wiadomości urzędowe, dotyczące służby cywilno-lekarskiej. W r. 1841 rząd wyznaczył dla »Pamiętnika« zapomogę roczną w kwocie 1000 złp., którą mu przez 25 lat wypłacał. W roku 1866 zasiłek rządowy został cofnięty.

Z początku wychodził »Pamiętnik« cztery razy do roku; w r. 1860 z kwartalnika został przekształcony na miesięcznik; w następnym roku wychodził dwa razy miesięcznie; w r. 1862 zaczął wychodzić powtórnie w zeszytach miesięcznych, a od r. 1873 wychodzi ponownie jako kwartalnik. Poczet jego redaktorów, od trzeciego tomu zaczynając, był następujący: Lebel (1840—1850), Chałubiński — Majewski — Olbratowicz (1851), Olbratowicz (1852), Kulesza — Majewski — Rose (1853), Kulesza (1854 do 1859), Dybek (1860—1), Łuczkiewicz (1862—3), St. Janikowski (1863—6), M. Malcz (zastępca redaktora przez 4 miesiące w r. 1866), J. F. Nowakowski (1867—8), J. Wszebor (1869—1872), F. Nawrocki (1873—4), J. Rogowicz (1875 do 6), K. Dobrski (1877—9), E. Klink (1880—2), R. Jasiński (1883—5), Fr. Jawdyński (1886—1891), M. Jakowski (1892—7), W. Janowski (1898—1899), S. Kamieński (1900 do 6), K. Rzętkowski (1907—1910).

»Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego«, to najstarsze nasze czasopismo lekarskie, może się poszczycić tak obfitym dorobkiem naukowym, jak mało które z naszych czasopism lekarskich. Bo też na ten dorobek składali się tacy wybitni i znani w literaturze lekarskiej ludzie, jak Adamowicz, Baranowski, Biesiadecki, F. Brandt, Włodzimierz Brodowski, Chałubiński, F. Dworzaczek, H. Fudakowski, Girsztowt, Hirschfeld, Hoyer, Andrzej i Stanisław Janikowscy, Jodko-Narkiewicz, Klink, L. Koehler, Kopernicki, H. Korzeniowski, Jul. Kosiński, St. Kośmiński, Z. Kramsztyk, Kryszka, W. Malcz, L. Natanson, F. Nawrocki, J. F. Nowakowski, G. Piotrowski, R. Piątkowski, E. Przewóski, Robert Remak, Seifman, Jędrzej Śniadecki, W. Szokalski, M. Zieleniewski i wielu, bardzo wielu innych.

Zasługą »Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.« jest nie tylko to, że obok sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa, ogłasza prace archiwalne, a więc zwykle mające wartość trwałą, lecz i to, że od szeregu lat prowadzi szczegółowy przegląd roczny wszystkich polskich rozpraw i artykułów treści lekarskiej. Nie zawsze »Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.« stał na jednakowym poziomie pod względem wartości prac w nim ogłaszanych. Zamknięcie Szkoły Głównej, pozbawienie przez to największego miasta naszego wyższej uczelni polskiej, z konieczności musiało się odbić ujemnie na ruchu naukowym w Warszawie, a więc i na warszawskich czasopismach lekarskich. Znać ten wpływ poniekąd i na »Pamiętniku Tow. Lek. Warsz.«, który potem nie zawsze już dorównywał dawniejszym rocznikom pod względem naukowym, a nawet pod względem zewnętrznym wydawnictwa; niemniej jednak i teraz, choć obok niego istnieje wiele czasopism lekarskich polskich, odgrywa on pokaźną rolę w naszem czasopiśmiennictwie lekarskiem. Jako wydawnictwo archiwalne położył on i nadal pokłada rzetelne zasługi naukowe.

»Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego«, jako czasopismo archiwalne, a więc przeznaczone w pierwszym rzędzie dla uczonych, a prócz tego jako wychodzące w dużych odstępach czasu, nie mogło zaspokoić wszystkich potrzeb lekarzy, którzy pragnęli mieć szybko wiadomości o postępach w medycynie, zwłaszcza praktycznej. Z tego powodu i u nas zaczęły powstawać tygodniki, dwutygodniki i miesięczniki lekarskie; osobliwie dużo ich powstało w Warszawie. Pierwszem tego rodzaju czasopismem u nas był »Tygodnik Lekarski«, który zaczął wychodzić w Warszawie w lipcu r. 1847 pod redakcyą A. Le Bruna, A. Helbicha i L. Natansona, a od roku 1850 pod wyłączną Natansona redakcyą. Było to czasopismo, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny, tudzież farmacyi i weterynaryi. Wychodziło tygodniowo. Zawierało ono: rozprawy oryginalne i tłumaczone; sprawozdania i wiadomości statystyczne ze szpitali; streszczenia artykułów w zagranicznych pismach ogłaszanych; ocenę dzieł lekarskich w języku polskim wydanych, oraz ważniejszych dzieł lekarskich w obcych językach ogłoszonych; wiadomości o postanowieniach rządowych, tyczących się lekarzy, aptekarzy i weterynarzy; sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i innych towarzystw naukowych; odcinek, głównie poświęcony wiadomościom ulotnym, oraz życiorysom lekarzy polskich i obcych; wreszcie wiadomości rozmaite. »Tygodnik Lekarski« wychodził do połowy r. 1868. Niemal do



STANISŁAW JANIKOWSKI
red. 1867 — 1876
Według fotografii będącej własnością rodziny.

końca redaktorem jego był L. Natanson; tylko ostatnich 11 numerów z r. 1868 wyszło pod inną redakcyą. Wydawany był bardzo starannie. Było to niepodzielną zasługą Natansona, który rzetelnie dbał o to, aby czasopismo przez niego redagowane odpowiadało wszelkim wymaganiom, jakie wówczas stawiano pismom peryodycznym, przeznaczonym dla lekarzy praktyków. »Tygodnik«, a raczej głównie redaktor jego, usiłował obznajmiać czytelników z postępem nauk lekarskich, starał się wśród lekarzy polskich rozbudzić ruch naukowy, dbał i o rozwój polskiego mianownictwa lekarskiego. W sprawie słownictwa lekarskiego wypowiada redakcya »Tygodnika« słuszną zasadę, iż doskonalenie go potrzebne jest nie tylko dla samego języka, lecz i dla postępu nauki. »Wogóle trzymać się będziemy — pisze redakcya — słownictwa szkoły krakowskiej, szukając odpowiednich wyrażeń w mowie ludu, lub w dawnych naszych pisarzach, a gdzie nowe wyrazy dla nowych wyobrażeń tworzyć wypadnie, uczynimy to podług ich wzoru« [17]). Pozostając wiernym wymienionym zasadom, odznaczał się »Tygodnik« starannością języka wogóle, a mianownictwa lekarskiego w szczególności.

Lubo usilnym staraniem »Tygodnika« było rozbudzenie zainteresowania wśród lekarzy polskich ruchem naukowym w dziedzinie medycyny, jaki się zagranicą odbywał, lubo podnosił on znaczenie badań anatomiczno-patologicznych, fizyologicznych i mikroskopowych dla rozwoju nauk lekarskich, lubo nawet streścił »Patologię komórkową«, aby z tem epokowem dziełem Virchowa dokładnie poznajomić czytelników, żywszego jednak ruchu naukowego, zwłaszcza w pierwszych kilkunastu latach swego istnienia, wywołać nie mógł, bo do tego niezbędnie potrzebne są nie tylko czasopisma naukowe, lecz i pracownie naukowe, oraz kliniki; a ani pierwszych, ani drugich wówczas w Warszawie nie było. Dopiero po założeniu w Warszawie Akademii Medyko-Chirurgicznej w r. 1857 zaczął się tam powoli rozwijać ruch naukowy wśród lekarzy. W »Tygodniku Lekarskim« znać wtedy również pewne ożywienie. Zaczynają się pojawiać w nim prace wybitnych współpracowników, takich jak Chałubińskiego, Hoyera, Hirschfelda i Wisłockiego.

Wyrazem wzmagającego się w owym czasie ruchu naukowego wśród lekarzy warszawskich było powstanie w r. 1866 aż dwóch nowych czasopism lekarskich: »Kliniki« i »Gazety Lekarskiej«. Razem z »Pamiętnikiem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego« i z »Tygodnikiem Lekarskim« wychodziły więc w roku 1866 w Warszawie aż cztery czasopisma lekarskie. Była to liczba, stanowczo za wielka na owe czasy. Wszystkie czasopisma utrzymać się nie mogły. Nowe, mające więcej sił żywotnych, utrzymały się. Natomiast »Tygodnik Lekarski«, który w roku 1868, poczynając od 16. numeru, przeszedł pod redakcyę Z. Dobieszewskiego, w połowie tegoż roku został połączony z »Kliniką«, wychodzącą również pod redakcyę Dobieszewskiego. »Klinika« po połączeniu się z »Tygodnikiem Lekarskim« z dwutygodnika przekształciła się na pismo tygodniowe.

Rolę, jaką odegrał »Tygodnik Lekarski« w rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego, trafnie ocenił Szokalski, pisząc o nim: »Zasługi jego względem naszej lekarskiej publiczności są znamienite, on bowiem pierwszy zastąpił jej cudzoziemską naukową strawę i do regularnego czytania zaprawił; on także na drodze ojczystego słownictwa główne przełamał trudności, wprowadzając je w codzienne praktyczne użycie« [18]).

»Tygodnik Lekarski«, mimo że miał do przełamania wiele trudności, zwłaszcza z początku, przetrwał jednak przeszło dwadzieścia lat. Znacznie krótszym był żywot »Kliniki«, która w daleko lepszych warunkach powstała, aniżeli »Tygodnik«, gdyż za czasów »Szkoły Głównej«. Wychodziła ona do połowy 1871 roku, pozostając od początku aż do końca pod redakcyą Dobieszewskiego. Było to czasopismo, mające na względzie przedewszystkiem zaspokojenie potrzeb lekarzy praktyków. Programem zbliżało się wielce do »Tygodnika«, w porównaniu z którym wyglądało jednak okazalej, zalecało się bardziej urozmaiconą treścią i staranniej prowadzonym działem sprawozdawczym. W razie potrzeby ozdabiało swoje szpalty dobremi rycinami. Umieściło sporo prac z kliniki Chałubińskiego. Drukowali tam także swe prace: Szokalski, Julian Kosiński, St. Markiewicz, Lutostański i inni. Prócz »Kliniki« wychodził dodatek książkowy do niej, zawierający prace oryginalne lub tłumaczone. Ogółem dodatku wyszło tomów sześć.

Przeglądając uważnie poszczególne tomy »Kliniki«, nie odniosłem wrażenia, że czasopismo to rozwijało się z biegiem czasu. Sądząc z tytułów umieszczonych w niem prac, uwzględniało ono głównie stronę praktyczną medycyny, a natomiast zbyt mało stronę teoretyczną.

Podobny kierunek, jaki miała »Klinika«, ma czasopismo tygodniowe p. t. »Medycyna«, wychodzące w Warszawie od r. 1873. Powstało ono jako dalszy ciąg »Kliniki«, jak o tem pisze były jej redaktor Dobieszewski, który przeniósłszy się z Warszawy do Lwowa na posadę inspektora szpitali powszechnych, wydawał tam »Służbę zdrowia publicznego, czasopismo poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej, ze szczególnym względem na medycynę publiczną«. Owóż w końcu drugiego tomu tego czasopisma, które wychodziło we Lwowie w 1872 roku, Dobieszewski oznajmiając, iż dalej wydawać go nie będzie, dodaje, że koledzy jego w Warszawie, z którymi rozpoczął »wydawnictwo »Kliniki«, odnowili je, i oddają je lekarskiemu światu, pod tytułem »Medycyna««. Również »Medycyna« w programie, wydrukowanym w pierwszym numerze z 1873 roku, zaznacza, że jest dalszym ciągiem »Kliniki«. Istotnie, programowo obydwa te czasopisma nie różnią się między sobą. Sam tytuł nowego tygodnika: »Medycyna, czasopismo tygodniowe dla lekarzy praktycznych« wskazuje dokładnie, jakich czytelników ma ono na względzie.

»Medycyna« wychodziła z początku nakładem J. Rogowicza. Jako odpowiedzialny redaktor podpisywał ją w pierwszych trzech latach K. Benni, potem od roku 1876 redaktorem i wydawcą był Rogowicz. W r. 1882 przeszła ona pod redakcyę Gustawa Fritschego, a w dziesięć lat

17) Wstępny artykuł w »Tygodniku Lekarskim«, Nr 1. z dnia 1. lipca 1847.

18) W. Szokalski. Rys historyczny Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. »Klinika« r. 1866, str. 161.

potem pod redakcyę H. Dobrzyckiego, za czasów którego znacznie się podniosła. Od roku 1897 do 1907 włącznie redagował »Medycynę« Michał Sadowski, a od 1908 wspólnie z Józefem Zawadzkiem. W roku bieżącym Sadowski ustąpił z redakcyi; miejsce jego zajął Stan. Orłowski.

Od r. 1908 datuje się znaczny rozwój »Medycyny«, która, połączywszy się właśnie w tym roku z »Kroniką Lekarską«, zaczęła wychodzić w znacznie większym rozmiarze, aniżeli poprzednio. Rocznik np. »Medycyny« z roku 1907 zawiera 995 stronic; następny zaś rocznik, a więc po połączeniu się »Medycyny« z »Kroniką Lekarską«, stronic 1313. Prawdziwie szczęśliwą była myśl połączenia w jedno obydwu wspomnianych czasopism, gdyż »Kronika Lekarska«, która wychodziła od r. 1880, kolejno pod redakcyą W. Kosmowskiego, K. Filipowicza, W. Krajewskiego, O. Hewelkego i Józefa Zawadzkiego, nie miała wybitnie oryginalnego programu; będąc zaś czasopismem głównie sprawozdawczem, trudno było się jej utrzymać wobec wydawania w Warszawie »Medycyny« i »Gazety Lekarskiej«. »Kronika Lekarska« obok działu sprawozdawczego z piśmiennictwa lekarskiego sporo miejsca poświęcała sprawom społeczno-lekarskim. Artykułów oryginalnych umieszczała niewiele.

»Medycyna«, spełniając rzetelnie zadanie swoje służenia lekarzom praktykom, położyła niemałe zasługi. Niewątpliwie przyczyniła się ona do rozbudzenia wśród nich żywszego zainteresowania się postępami medycyny, osobliwie praktycznej. Atoli pod względem ściśle naukowym nie może się równać z najstarszym tygodnikiem lekarskim warszawskim — »Gazetą Lekarską«.

W r. 1866 grono profesorów i docentów Wydziału Lekarskiego w Szkole Głównej postanowiło wydawać »Gazetę Lekarską, pismo tygodniowe poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej, farmacyi i weterynaryi«. Grono wspomniane składali: Brodowski, Chojnowski, Girsztowt, Hirschfeld, Le Brun, Łuczkiewicz, Mianowski, Narkiewicz-Jodko, Neugebauer, Pilcicki, Pląskowski, Seifman, Werner i Wisłocki. Pierwszy numer nowego czasopisma wyszedł 7. lipca 1866. Zawiera on na czele pracę Brodowskiego, dalej pracę Girsztowta, potem część statystyczną, zawierającą zestawienie ruchu chorych w szpitalach warszawskich, wreszcie dział wiadomości bieżących. »Klinika«, która zaczęła o tydzień wcześniej wychodzić od »Gazety Lekarskiej«, powitała ją nieprzychylnie, nie szczędząc jej nawet uszczypliwych uwag. »Zaledwieśmy — pisze redakcya »Kliniki« — zwrócili uwagę publiczności lekarskiej na konieczność zajęcia się naszym materyałem krajowym, jakby na skinienie czarodziejskiej ręki, utworzyło się z czternastu profesorów Szkoły Głównej złożone grono, a przyjąwszy żywcem nasz program, ogłosiło wydawnictwo czwartego w kraju naszym, lekarskiego pisma pod nazwą: Gazeta Lekarska«.... »Wprawdzie przeciwko tak połączonym, potężnym siłom, będziemy nieco wyglądali, jak mały przeciwko Goljatowi Dawidek, pójdziemy mimo to w imię Boże naprzód«... Dalej zaś wyraża »Klinika« nadzieję, że »szanowni profesorowie, zaprawiwszy się na rozszerzaniu wiedzy po kraju, i o swych studentach łaskawie pomyśleć zechcą i książkami podręcznemi udarować ich raczą«[19]). Niesłuszny to był przytyk do założycieli »Gazety Lekarskiej«, których »Klinika« odsyła do pisania podręczników, uważając im za złe, że biorą się do krzewienia nauki w kraju za pośrednictwem czasopisma naukowego, jak gdyby jedna rzecz drugiej stała na przeszkodzie. Niesłusznem również było posądzenie założycieli »Gazety Lekarskiej«, iż przejęli w całości program »Kliniki«. A że tak nie było, najlepszym dowodem są roczniki obydwu tych czasopism, znacznie różniące się pod względem zasadniczego kierunku. »Klinika«, a później »Medycyna«, starały się przedewszystkiem być czasopismami dydaktycznemi dla lekarzy, »Gazeta Lekarska« zaś od samego początku swego istnienia za główne swoje zadanie poczytywała przyczynianie się do postępu nauki, stąd największy kładła nacisk na artykuły oryginalne. »Medycyna« nie zawsze doceniała ten kierunek. W numerze 51-ym z roku 1892, donosząc o zrzeszeniu się kilkudziesięciu lekarzy, którzy postanowili podtrzymać ją i podnieść, i zapowiadając nowy wskutek tego okres swego rozwoju, odzywa się z odcieniem ironii o pracach oryginalnych, pisząc: »Nie stawiamy sobie za najważniejsze zadanie gonienie za t. zw. artykułami oryginalnymi, a natomiast starać się będziemy o dokładne i umiejętnie dobrane streszczenia...« i t. d. Przeciwko temu poglądowi wystąpił Zygmunt Kramsztyk w artykule wstępnym »Gazety Lekarskiej« z r. 1893, broniąc zarazem jej programu[20]).

»Gazeta Lekarska« przechodziła w swoim rozwoju trzy okresy: pierwszy — od założenia do śmierci Girsztowta, który, jak Hoyer utrzymuje, był nawet właściwym jej twórcą[21]); drugi okres — od śmierci Girsztowta w r. 1877 do roku 1880 włącznie; trzeci — od r. 1881, w którym »Gazeta« zaczęła wychodzić, jako organ spółki lekarzy, którzy, nabywszy to czasopismo w końcu 1880 roku od spadkobierców Girsztowta, postanowili postawić je pod każdym względem na wysokości nauki.

W pierwszym okresie »Gazeta Lekarska« spełniała bardzo dobrze swoje zadanie, osobliwie z początku. Prac oryginalnych umieszczała dużo, których spora część wyszła z pod pióra profesorów Szkoły Głównej. Lecz nie tylko wewnętrzną wartością odznaczała się ona, ale i szatą zewnętrzną: ładnym drukiem, dobrym papierem, niezłymi drzeworytami. Zaraz w pierwszych latach jej istnienia grono 14 jej współredaktorów powiększył jeszcze Nawrocki. Atoli z tej gromadki redaktorów zaczęli powoli ubywać jeden za drugim, a nikt na ich miejsce nie przybywał. W latach od 1868 do 1876 ubyli z redakcyi: Le Brun, Nawrocki, Chojnowski, Werner, Narkiewicz-Jodko, Seifman i Hirschfeld, tak że w r. 1877 pozostało 8 członków redakcyi. W końcu pierwszego dziesięciolecia swego zaczęła »Gazeta« upadać. Do tego przyczyniały się dwie okoliczności: z jednej strony ubytek tylu sił z redakcyi, z drugiej zaś niekorzystny wpływ zamknięcia Szkoły Głównej na rozwój ruchu naukowego w Warszawie. O poczynającym się upadku »Gazety« zaczęła świadczyć nawet zewnętrzna jej strona. Najcięższym atoli ciosem była dla niej śmierć Girsztowta, który położył niespożyte zasługi dla naszego

[19]) »Klinika« T. I. Nr 2. z d. 15. VII. 1866 r.

[20]) Gazeta Lekarska 1893, Nr 1. Artykuł ten został przedrukowany w Z. Kramsztyka »Szkicach krytycznych z zakresu medycyny«. Warszawa 1899, str. 32.

[21]) Henryk Hoyer. Artykuł wstępny w numerze pierwszym »Gazety Lekarskiej z r. 1906«.

piśmiennictwa lekarskiego, redagując »Gazetę Lekarską« i wydając »Bibliotekę Umiejętności Lekarskich«, zawierającą dzieła tłumaczone i oryginalne. »Biblioteka« rzeczona wychodziła jako wydawnictwo »Gazety Lekarskiej«.

Drugi okres w dziejach »Gazety Lekarskiej«, datujący się od śmierci Girsztowta do końca r. 1880, nie zaznaczył się dążnością do jej podniesienia. Natomiast w trzecim okresie »Gazeta Lekarska« podniosła się w zupełności ze swego upadku, dając tem dowód, że nawet w bardzo niekorzystnych warunkach można u nas utrzymać czasopismo lekarskie na wysokim poziomie naukowym, jeżeli tylko nie brak dobrej woli jednostek. To odrodzenie »Gazety Lekarskiej« w r. 1881 zawdzięczamy 26 lekarzom, ożywionym tradycyą Szkoły Głównej, przystępującym z zapałem do wspólnej pracy. Oto ich poczet: Ludwik Anders, Teodor Anders, Bronisław Chrostowski, Teodor Dunin, Antoni Elsenberg, Władysław Gajkiewicz, Wiktor Grosstern, Teodor Heryng, Henryk Hoyer, Roman Jasiński, Franciszek Jawdyński, Edward Klink, Stanisław Kondratowicz, Edward Korniłowicz, Zygmunt Kramsztyk, Stanisław Kwietniewski, Władysław Matlakowski, Edmund Modrzejewski, Leon Nencki, Henryk Nussbaum, Józef Pawiński, Józef Peszke, Witold Placzkowski, Edward Przewóski, Alfred Sokołowski i Teofil Żera. Całe to grono współwłaścicieli »Gazety Lekarskiej« brało udział w redagowaniu jej. Redaktorem naczelnym został Władysław Gajkiewicz i pełnił ten urząd tak długo, jak żaden redaktor któregokolwiek z naszych czasopism lekarskich, bo przez całe 26 lat. Przez ten długi przeciąg czasu zbierali się u niego w każdy poniedziałek współwłaściciele »Gazety« w celu naradzenia się nad jej redagowaniem, odczytywali artykuły przeznaczone do drukowania w niej, poruszali rozmaite sprawy, związek z medycyną mające. Były to jakby posiedzenia stowarzyszenia naukowego, ożywionego nie tylko sprawami czysto naukowemi, lecz także i społecznemi. Stąd wywiązywała się przyjacielska atmosfera zebrań, które mile zapisały się w pamięci uczestników. Zygmunt Kramsztyk, poświęcając w r. 1899 swoje »Szkice krytyczne z zakresu medycyny« kolegom i przyjaciołom, założycielom, a raczej odnowicielom »Gazety Lekarskiej«, pisze: »Zdaje mi się czasem, moi drodzy, żeśmy wczoraj dopiero złączyli się i nabyli »Gazetę Lekarską«, aby ją na nowe pchnąć tory. Ach, myśleliśmy wtedy, że świat cały, a przynajmniej, że naukę w kraju, na nowe pchniemy tory. Dziś dojrzalszym umysłem, gdy rezultat naszej pracy, już w znacznej części ukończonej, oceniamy, widzimy wielkich zamiarów skutek niewielki. A jednak coś niecoś zaważyliśmy może w nauce naszej, może choć w ciężkich chwilach bezwładu jakiś ruch budziliśmy i utrzymywali, nie dopuszczając do śmiertelnej martwoty. Niech nas zresztą osądzi kto inny. Ale ilekolwiek zdziałaliśmy dla społeczeństwa, sobie kilka lat życia wypełniliśmy błogo, pożytecznie i z głębokiem zadowoleniem: wszak dla każdego z nas Gazeta była jednym z ważnych celów życia. A poza samą Gazetą, poza pismem i pracami w niej drukowanemi, jeszcze bardziej nas zajmowały i podniecały poredakcyjne przyjacielskie i swobodne zebrania. Wśród najrozmaitszych nieskończonych spraw, któreśmy tam poruszali i roztrząsali, dotykaliśmy i podstaw medycyny i nauki i pracy literackiej wogóle i jej znaczenia dla narodu«.



MAURYCY MADUROWICZ
red. 1867—1870
Według fotografii ze zbiorów Dr M. Cerchy.

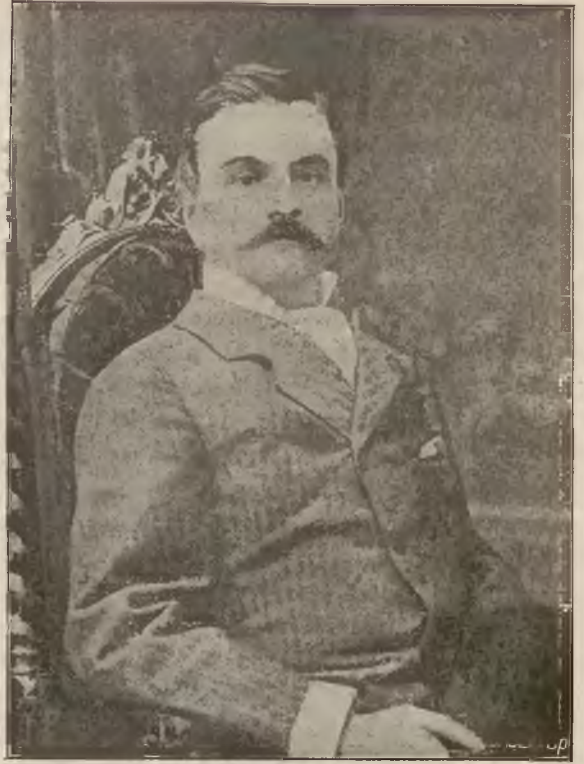
Największą rolę w tych biesiadach redakcyjnych odgrywał Hoyer, który do końca życia, przez lat 27, brał żywy w nich udział. O nim jeden z uczestników tych zebrań, — Henryk Nusbaum, pisze, że nie tylko z zapałem pracował, ale i zapał młodszych towarzyszów podniecał[22]). Jako najbardziej dla rozwoju »Gazety Lekarskiej« zasłużonego należy obok Hoyera wymienić Gajkiewicza, który przez długie lata wytrwał na trudnem a mało wdzięcznem stanowisku redaktora naczelnego, odznaczając się niepospolitą obowiązkowością i pracowitością[23]). — Nie wyobrażam sobie niewdzięczniejszej pracy w dziedzinie naukowej, jak redagowanie tygodnika lekarskiego. Ileż to redaktor musi co tydzień włożyć w takie czasopismo pracy, której nawet śladów czytelnicy zazwyczaj nie dostrzegają! Ile namozolić się nad poprawianiem rękopismów! Ile nasłuchać się musi cierpkich słówek od współpracowników, z których jedni gniewają się na redaktora, że niedość spiesznie ich prace drukuje; drudzy mają mu za złe, że artykuły ich na szarym końcu umieścił; trzeci czują doń głęboki żal za odrzucenie ich prac, choć zwykle nie redaktor, lecz cała komisya redakcyjna rozstrzyga ostatecznie o przyjęciu lub odrzuceniu artykułu.

Nierównie wdzięczniejszą rolę miał Hoyer, który nadawał do pewnego stopnia ton »Gazecie«, bo nikt mu w gronie redakcyjnem nie dorównywał pod względem powagi. Był on ogniwem, łączącem dawne pokolenie profesorów Szkoły Głównej z ich uczniami. Wywarł on duży wpływ na rozwój »Gazety Lekarskiej«, gdyż ze szczerą ochotą imał się pracy około jej podniesienia. I on podobnie, jak Kramsztyk, wynosił miłe wspomnienia z zebrań

[22]) Henryk Nusbaum. Ś. p. Prof. Henryk Hoyer. (Wspomnienie pośmiertne). Gazeta Lekarska 1907, Nr 27.

[23]) Życiorys Wł. Gajkiewicza w Nr 1. »Gazety Lekarskiej« z r. 1907.

redakcyjnych. »Z góry oświadczam, — pisał on w r. 1883 we wstępnym artykule »Gazety Lekarskiej« — iż ani razu nie wyniosłem z naszych posiedzeń owego uczucia niesmaku, znużenia i świadomości bezużytecznie straconego czasu, jakie często pozostają po innych podobnych zgromadzeniach; owszem najprzyjemniejsze chwile w ciągu ostatnich dwóch lat przepędziłem przy pracy i zajęciach nad redakcyą Gazety«. Wpajał on na tych posiedzeniach współtowarzyszom pracy, a w licznych wstępnych artykułach czytelnikom »Gazety« to przekonanie, że istotną część składową czasopisma lekarskiego powinny stanowić dobrze opracowane artykuły oryginalne, a na drugim dopiero planie powinny być uwzględniane prace referatowe, choć nie przeczył, że »sprawozdania zbiorowe, krytyczne opracowanie kwestyi naukowych na podstawie gotowego materyału może mieć niepoślednią wartość, równającą się pracy oryginalnej, a może nawet niekiedy takową przewyższać« [24]). Rzucając okiem wstecz na dziesięcioletnią działalność »Gazety Lekarskiej« po nabyciu jej przez spółkę lekarzy, podnosi Hoyer znaczny jej rozwój w porównaniu z końcowym okresem pierwszego pietnastolecia jej istnienia, — rozwój, przejawiający się w krytycznym doborze artykułów i »starannem ich wygładzeniu pod względem stylowym i językowym«. Nie omija przytem sposobności, by oddać pochwały gorliwości jej współredaktorów, pisząc: »Nim się zwrócę do rozbioru zadań Gazety w przyszłości, poczuwam się do obowiązku wypowiedzenia kilku słów o wewnętrznych stosunkach grona redakcyjnego. Przedewszystkiem należy tu zaznaczyć rzadką zgodność i wytrwałość dość licznego grona współwłaścicieli pisma, którzy w tym samym komplecie, z tym samym zapałem gromadzili się na posiedzeniach redakcyjnych w przeciągu całych 10-ciu lat, jak przy rozpoczęciu swego wydawnictwa. Gorliwość ta godną jest tem większego uznania, iż prócz nader mozolnej, nader żmudnej i uciążliwej pracy, Gazeta nic więcej im nie dostarczała, jak tylko moralne zadowolenie i przestronniejszy widnokrąg naukowy« [25]). A gdy Hoyer po upływie dalszych 15 lat pisał o dwudziestopięcioletniej działalności »Gazety« pod nową redakcyą, nie bez zadowolenia zaznaczył, iż nie sprzeniewierzyła się ona nigdy naczelnej zasadzie, jaką sobie przed 25-ciu laty wytknęła, to jest, aby być organem istotnie naukowym. O sobie Hoyer pisze, że pozostawiając inicyatywę do polepszeń młodszym kolegom, sam ograniczał się tylko do podtrzymywania w redakcyi »ducha naukowo-krytycznego, postępowego i wytrwałej zgodności w tych dążeniach«. Zaznacza, że redakcya stawiała wysokie wymagania artykułom, które przeznaczała do szpalt swego pisma. Podnosi, że prawie wszystkie najnowsze zagadnienia medycyny zostały w »Gazecie« przedstawione w tak zwanych streszczeniach zbiorowych. Wspomina również z uznaniem o wydawaniu przez »Gazetę« podręczników zarówno oryginalnych, jak i tłumaczonych, oraz o pożytecznem wydawnictwie »Odczytów Klinicznych«, zawierających setki prac, w części tłumaczonych, w części oryginalnych. Nie tai jednak w końcu, że pismo



BOLESŁAW LUTOSTAŃSKI
red. 1870—1872
Według fotografii będącej własnością rodziny.

mimo niezaprzeczonego rozwoju posiada znaczne jeszcze braki i wady [26]).

Zważywszy trudne warunki, w jakich »Gazeta Lekarska“ od szeregu lat się znajduje, zrozumiemy, że nie może się ona tak rozwijać, jak dawniej, kiedy istniała jeszcze Szkoła Główna, kiedy następnie w początkowym okresie dziejów Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego wiele katedr na Wydziale Lekarskim zajmowali dawniejsi profesorowie Szkoły Głównej, kiedy wreszcie nie było tylu czasopism lekarskich polskich, co obecnie. Nie dziw wobec tego, że przy porównaniu dawnych jej roczników z późniejszymi, porównanie to nie zawsze wypadnie na korzyść drugich. Porównajmy n. p. dwa roczniki »Gazety Lekarskiej«, jeden z r. 1891, drugi z r. 1906. W pierwszym, mającym stronic 1057, znajdujemy artykułów oryginalnych aż 102, a wśród nich nie tylko prace takich wybitnych medyków warszawskich, jak Hoyera, Przewóskiego, Matlakowskiego, Dunina i innych, ale także prace nadsyłane redakcyi z dalekich nieraz stron, i to przez ludzi, mających już znane w piśmiennictwie naukowem imię, że wymienię tylko Marcelego Nenckiego, podówczas profesora w Bernie, Prof. J. Dogiela z Kazania, Prof. M. L. Jakubowskiego i Prof A. Obalińskiego z Krakowa, oraz Ernesta Fingera, wówczas jeszcze Docenta w Uniwersytecie Wiedeńskim. Wszystkie te prace wydane zostały starannie, a niektóre z nich ozdobione są litografowanemi tablicami. Inaczej wygląda rocznik »Gazety Lekarskiej«, wydany w 1906 roku. Wprawdzie większy jest od wydanego w r. 1891, zawiera bowiem stronic 1364, ale mimo to uboższy jest od niego w prace oryginalne, których liczba wynosi 62, a więc o 40 mniej, aniżeli w r. 1891. Liczba prac nadesłanych z prowincyi

24) Wstępny artykuł w Nr 1. »Gazety Lekarskiej« z roku 1883.

25) H. Hoyer. Wstępny artykuł w Nr 1. »Gazety Lekarskiej« z r. 1891.

26) H. Hoyer. Artykuł wstępny w Nr 1. »Gazety Lekarskiej« z r. 1906.

w Kongresówce, z innych dzielnic polskich i z zagranicy także w r. 1906 zmniejszyła się w porównaniu z liczbą ich w 1891 roku. Jest to dowodem, że czasopismo, w mowie będące, niema już w ostatnich czasach takiej przyciągającej siły dla współpracowników z poza Warszawy, jak dawniej. Do tego przyczynia się zapewne poniekąd zewnętrzna strona »Gazety Lekarskiej«, której roczniki późniejsze stoją w tym względzie niżej od dawniejszych, mając gorszy od nich druk i papier.

Również dział sprawozdań z piśmiennictwa lekarskiego pozostawia wiele do życzenia w »Gazecie Lekarskiej«, zarówno w ostatnich latach, jak i dawniej. Nosi on, jak to słusznie zaznaczył Józef Jaworski, najczęściej cechy pewnej przypadkowości[27]). Zaraz jednak muszę tutaj zaznaczyć, że nie jest to wada wyłączna »Gazety Lekarskiej«, gdyż mają ją w mniejszym lub większym stopniu wszystkie nasze tygodniki lekarskie.

Wyżej wymienione usterki »Gazety Lekarskiej« pochodzą, jeśli nie wyłącznie, to w każdym razie w znacznej bardzo części z niekorzystnych warunków, w jakich jest ona obecnie wydawana.

Natomiast należy podnieść z wielkiem uznaniem wprowadzenie do »Gazety Lekarskiej« działu tak zwanych streszczeń zbiorowych i dbałość »Gazety«, mimo istotnie trudnych warunków rozwoju, o utrzymanie jej stale na wysokości nauki, a to głównie przez dział prac oryginalnych. W tym duchu była ona redagowana i po ustąpieniu Gajkiewicza z urzędu redaktora i objęciu go przez Pruszyńskiego, a następnie przez A. Puławskiego i W. Starkiewicza. Ta chwalebna chęć »Gazety« do służenia jaknajbardziej nauce, a zarazem ciągła troska, aby rozwój nauk medycznych u nas nie poszedł drogą niewłaściwą, a więc pobudki najszlachetniejsze, przyczyniały się jednak do pewnej jednostronności w pojmowaniu środków, którymi dążyć należy do postępu medycyny. Jaskrawym tego przykładem była polemika »Gazety Lekarskiej« w sprawie zamierzonego wydawania przez Heliodora Święcickiego »Biblioteki«, która zawierać miała dawne dzieła znakomitych lekarzy i przyrodników polskich. Zadaniem tego wydawnictwa miało być »pogłębianie myśli naukowej współczesnego pokolenia i zachowanie ciągłości naszej tradycyi naukowej«. »Gazeta Lekarska« nie dość przychylnie przyjęła zapowiedziane wydawnictwo, wyrażając powątpiewanie, azali może ono w ten sposób spełnić zakreślone sobie zadanie; zarazem zaznaczyła, że inną drogą dążyć nam należy do pogłębienia naszego ruchu naukowego. Bardzo trafnie w odpowiedzi na to napisał Z. Kramsztyk: »Gazeta Lekarska wolałaby zamiast tej Biblioteki założyć wspólnemi siłami dobrze wyposażoną pracownię naukową. Któżby zamiarowi pracowni nie przyklasnął gorąco? — ale dlaczego jedna myśl, jeden kierunek mają wyłączać inne? dlaczego ma nauka w jakiejkolwiek zasklepiać się jednostronności?«[28]). Jakkolwiek zdanie »Gazety Lekarskiej« w sprawie zamierzonej Biblioteki mogło być przykrem dla tych, którzy myśl wydawania jej szczerze popierali, przyznać atoli trzeba, że sąd ten, acz jednostronny, miał w sobie jednak sympatyczne zabarwienie, był bowiem podyktowany jak najlepszemi chęciami dzierżenia wysoko sztandaru naukowego.

Jeżeli rozpisałem się o usterkach »Gazety Lekarskiej« dość obszernie, to głównie uczyniłem to z tego względu, iż zdaniem mojem, dałyby się one nawet w obecnych warunkach w znacznej mierze usunąć, gdyby udało się zreformować zasadniczo nasze czasopiśmiennictwo lekarskie, o czem niżej będzie mowa.

Nie mam zamiaru pisać historyi naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego, gdyż to wymagałoby ogromu pracy, na którą należałoby bardzo dużo czasu poświęcić, a na to mię wobec innych zajęć żadną miarą nie stać. Nie mam również zamiaru pisać bibliografii naszych czasopism lekarskich[29]). Podjąwszy się na usilne życzenie Redakcyi »Przeglądu Lekarskiego« napisania niniejszego okolicznościowego szkicu do jubileuszowego numeru »Przeglądu«, z góry zastrzedz się muszę, że piszę tylko ogólny pogląd na rozwój naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego, a nie wyczerpującą pracę. Lubo poświęciłem sporo czasu na poznanie naszych czasopism lekarskich, lubo starałem się przejrzeć wszystkie, znajdujące się w krakowskich księgozbiorach, jednak sam to dobrze czuję, że wobec wielkiej obfitości materyałów i wobec niemożności poznania dokładnego wszystkich czasopism lekarskich, jakie kiedykolwiek u nas wychodziły, szkic niniejszy może zawierać niejeden szczegół, który przy bliższem rozpatrzeniu sprawy należałoby uzupełnić lub zgoła zmienić. Rozumiem i to, że niejeden z redaktorów naszych czasopism lekarskich, który wiele pracy poświęcił, starając się o rozwój redagowanego przez siebie pisma, będzie się czuł może urażonym, że o nim, ani o piśmie przezeń redagowanem wzmianki nawet nie robię. Pochodzi to stąd, że ograniczyć się powinienem do rzeczy najważniejszych, w przeciwnym bowiem razie znaczniebym przekroczył ramy, w jakich szkic niniejszy zawarty być powinien. Chodzi mi bowiem o napisanie nie kroniki rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego, lecz tylko o uwydatnienie najgłówniejszych momentów w dziejach jego, oraz o poświęcenie kilku uwag »Przeglądowi Lekarskiemu«, który obchodzi właśnie pięćdziesięcioletni jubileusz, z okazyi którego rzecz niniejszą piszę.

W żadnem mieście naszem niema tylu czasopism lekarskich, co w Warszawie. Oprócz bowiem wspomnianych wyżej wychodziło i wychodzi tam wiele innych, z których wymienię najważniejsze. Do nich zaliczam dwutygodnik »Zdrowie«, który zaczął wychodzić od roku 1878. Redagowany był przez K. Dobrskiego i Znatowicza, a potem jeszcze i przez Dunina. Umieszczał on nie tylko artykuły z zakresu higieny, lecz i prace przyrodnicze. Do współpracowników jego między innymi należeli z lekarzy: Fabian, Klink, Zygmunt Kramsztyk, a z przyrodników: Edward Strasburger, wówczas profesor w Jenie, Boguski, Pawlewski i Ślósarski.

Po kilku latach dwutygodnik »Zdrowie« upadł, a na jego miejsce powstał w r. 1885 miesięcznik pod tą samą nazwą wychodzący. Redagowany z początku przez długi czas przez J. Polaka, zostawszy potem organem Warszaw-

[27]) Józef Jaworski. Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego — sposoby ich usunięcia — reformy potrzebne. »Gazeta Lekarska« 1907, Nr 37, str. 889.

[28]) Krytyka Lekarska 1904, str. 169.

[29]) Bibliografia naszych czasopism lekarskich, wychodzących w okresie czasu od 1831 do 1890 roku, podana jest w »Wykazie oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie«. Warszawa 1897, str. 943—8.

skiego Towarzystwa Higienicznego, niejednokrotnie zmieniał swoich redaktorów. Dla postępów higieny, zwłaszcza w Kongresówce, niemałe położył zasługi.—W ostatnich paru dziesiątkach lat zaczęły powstawać w Warszawie czasopisma archiwalne. Od roku 1893 wychodził tam »Przegląd Chirurgiczny, pismo poświęcone chirurgii, oftalmologii, otyatryi, laryngologii, akuszeryi, ginekologii, syfilidologii i dermatologii«. Istnienie swoje zawdzięczał prawie wyłącznie ofiarności przedwcześnie zmarłego Władysława Krajewskiego[30]). Chociaż wyszło tylko pięć tomów tego czasopisma, zajmuje ono wybitne miejsce w naszej literaturze lekarskiej, zawiera bowiem sporo wartościowych prac. »Przegląd Chirurgiczny« wydawany był niemal wytwornie. Po jego upadku zaczął wychodzić w Warszawie »Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny«, którego obecnie wychodzi czwarty tom pod redakcyą A. Leśniowskiego. Wreszcie nadmienić należy, że Feliks Malinowski redaguje i wydaje w Warszawie już szósty rok »Przegląd Chorób Skórnych i Wenerycznych«, a Ludwik Dydyński »Neurologię Polską, dwumiesięcznik poświęcony neuropatologii, psychiatryi i psychologii eksperymentalnej«, którego wyszedł dopiero jeden tom. O tych, dobrze zapowiadających się czasopismach archiwalnych, które znajdują się dopiero w początkowym swego rozwoju okresie, nie czas jeszcze wypowiadać sąd krytyczny. Toż samo należy zaznaczyć odnośnie do »Przeglądu Pedyatrycznego«, od kilku lat wychodzącego z początku w Krakowie pod redakcyą zrazu St. Ciechanowskiego, później A. Kwaśnickiego, a teraz w Warszawie pod redakcyą L. Andersa i J. Brudzińskiego.

Kończąc uwagi o rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego w Warszawie, nie można przemilczeć o »Gruźlicy, piśmie poświęconem walce z gruźlicą jako chorobą społeczną«, które zaczęło wychodzić pod redakcyą B. Dębińskiego i S. Sterlinga w 1909 roku i o »Krytyce Lekarskiej«, której wyszło 11 tomów. Pierwsze z tych czasopism upadło niemal w zarodku, bo w następnym zaraz roku po swojem założeniu, natomiast drugie wychodziło przez 11 lat do r. 1907 włącznie.

»Krytyka Lekarska«, miesięcznik założony i przez cały czas istnienia swego przez Zygmunta Kramsztyka redagowany, zajmuje odrębne miejsce od innych czasopism lekarskich, i to nie tylko naszych, lecz i obcych. W prospekcie jej czytamy: »Myśli samodzielnej, śmiałej a ścisłej, myśli swojskiej, służyć pragnie »Krytyka Lekarska«. Staraniem jej będzie: rozbierać i rozważać zasadnicze, ogólne pojęcia naukowe, przedstawiać historyę poglądów i metod, uwydatniać każdą pracę, mającą wartość naukową i chronić ją od zapomnienia, przedstawiać całą działalność wybitniejszych uczonych i lekarzy, wykazywać z całą względnością braki i wady dzieł i artykułów naukowych. — Obok nauki — i sprawy zawodowe stanowić będą zadanie pisma«. Program ten wypełniała »Krytyka Lekarska« bardzo sumiennie i nader umiejętnie. Potrafiła ona skupić w gronie swoich współpracowników poważny zastęp lekarzy, z których jedni pragnęli podtrzymać związek filozofii z medycyną, drudzy wzbogacić nasze piśmiennictwo z zakresu historyi medycyny, trzeci podnieść wysoko dział krytyki piśmiennictwa lekarskiego, inni omówić szeroko sprawy zawodu lekarskiego i t. d. Najwięcej do rozwoju »Krytyki« przyczynił się założyciel jej, a obok niego Wł. Biegański, Bieliński, Giedroyć, Hoyer, H. Nussbaum, Peszke, że ograniczę się do wyliczenia z licznego szeregu tych kilku tylko współpracowników. W »Krytyce« wysunęły się na naczelne miejsce dwa działy: jeden, zawierający rozbiór pojęć zasadniczych z zakresu medycyny i nauk przyrodniczych; drugi, poświęcony historyi medycyny. Natomiast dział, zawierający oceny dzieł i artykułów, zaczął szwankować w ostatnich latach istnienia »Krytyki«, w których upadek tego czasopisma stawał się widocznym. Czy zawieszenie »Krytyki« było konieczne? czy były robione próby podtrzymania zbiorowemi siłami tego czasopisma, które mogło mieć jeszcze, po okresie chylenia się do upadku, widoki znacznego w przyszłości powodzenia? — nie wiem. W każdym razie wielka szkoda, że »Krytyka« wychodzić przestała, gdyż programem swoim uzupełniała ona znakomicie inne nasze czasopisma lekarskie. W rocznikach »Krytyki« znajduje się bardzo wiele rzeczy, które mają wartość trwałą. Myślący lekarz i historyk medycyny nieraz i w przyszłości zaglądać będą do jej roczników, aby tam czerpać wątek do rozważania zasadniczych pojęć w dziedzinie nauk lekarskich i aby tam zbierać materyał do konstrukcyjnych prac historycznych.



LEON BLUMENSTOK-HALBAN
red. 1877 – 1892
Według fotografii będącej własnością rodziny.

Podnosząc w końcu wielką dbałość redaktora, a zarazem wydawcy o poprawność języka w »Krytyce« i wytworność jej wydania, jeszcze raz nie można wstrzymać się od wyrażenia żalu, że to ze wszechmiar oryginalne czasopismo upadło.

---

[30]) Zyciorys Władysława Krajewskiego. Gazeta Lek. 1907, Nr 13, str. 335.

ROZDZIAŁ II.

Kilka słów o czasopismach lekarskich polskich w Poznaniu, Lwowie, Łodzi i na obczyźnie. Rozwój czasopiśmiennictwa lekarskiego w Krakowie, ze szczególnem uwzględnieniem »Przeglądu Lekarskiego«. Myśli o potrzebie reformy naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego.

Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego na wniosek trzech wybitnych lekarzy poznańskich: Święcickiego, Wicherkiewicza i Zielewicza powziął w roku 1888 zamiar wydawania czasopisma lekarskiego [31]). Śmiały ten zamiar, do wykonania w stosunkach poznańskich nader trudny, nie zraził jednak inicyatorów, którzy, uznając wielką doniosłość naukową i obywatelską zamierzonego przedsięwzięcia, doprowadzili je do skutku, znalazłszy poparcie ze strony zarządu Towarzystwa Przyjaciół Nauk, tudzież ze strony kolegów zarówno miejscowych, jak i zamiejscowych. Aby oprzeć przyszłe czasopismo lekarskie na trwałych, o ile możności, podstawach materyalnych, zakrzątnięto się około zbierania funduszu żelaznego. Niebawem zebrano na ten cel 1200 marek, które złożyli w udziałach po 50 marek: Batkowski, Buski, Chłapowski, Dembiński, Grodzki, B. Jagielski, Jerzykowski, Kaczorowski, Koehler, Kube, Niklewski, Preibisz, Stan, Święcicki, Szuman, Szyman, Wicherkiewicz, Zaremba, Zielewicz. Niektórzy z nich złożyli po dwa lub trzy udziały [32]).

Pierwszy numer nowego czasopisma, które otrzymało nazwę »Nowin Lekarskich«, wyszedł w styczniu 1889 roku. Zawiera on prace oryginalne następujących lekarzy: Zielewicza, Justyna Karlińskiego, Wł. Matlakowskiego, A. Obalińskiego i W. Jaworskiego, A Sokołowskiego, Święcickiego, Bol. Wicherkiewicza, oraz Alkiewicza. Niemniej obfity jest w pierwszym zeszycie »Nowin« dział ocen i sprawozdań, w którym znajdujemy referaty, napisane przez Święcickiego, Chłapowskiego, Wicherkiewicza, E. Biernackiego (z Warszawy), Zielewicza, Krysiewicza i Koehlera. Dalej następują działy zatytułowane: Ruch w Towarzystwach, Sprawy zawodowe, Zapiski lecznicze i Rozmaitości. Zaraz od pierwszego zeszytu stanęły »Nowiny« bardzo wysoko i przez długi okres czasu utrzymywały się na tym poziomie.

»Nowiny Lekarskie« są od samego początku organem Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego. Wychodzą w zeszytach miesięcznych. Pierwsze dwa roczniki wydane były nakładem księgarni J. K. Żupańskiego, następnych pięć nakładem Fr. Chocieszyńskiego, dalsze dwa nakładem drukarni Tomaszewskiego, poczynając zaś od r. 1898 zaczęły »Nowiny« wychodzić nakładem komitetu redakcyjnego.

Pierwszy rocznik redagował komitet, składający się z Chłapowskiego, Koehlera, Świderskiego, Święcickiego, Wicherkiewicza, Zielewicza i Szumana. Przewodniczącym komitetu redakcyjnego był Bol. Wicherkiewicz, pozostając nim aż do wyjazdu z Poznania w początkach roku 1896, aby objąć katedrę okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim. W tym pierwszym okresie »Nowiny« redagowane były świetnie i wychodziły w wytwornej szacie, której wartość podnosiły dobre ryciny w tekście i wyborne tablice litografowane. W uznaniu zasług przewodniczącego komitetu redakcyjnego Prof. Bol. Wicherkiewicza poświęciły mu »Nowiny« marcowy zeszyt w 1896 roku, zawierający prace najznakomitszych okulistów polskich z Krakowa, Warszawy, Wilna, Kijowa, a nawet jednego z głębi Rosyi.

Poczynając od zeszytu lutowego z r. 1896, przewodniczącym komitetu redakcyjnego został Heliodor Święcicki i był nim przez dwa lata, utrzymując »Nowiny« na tak wysokim poziomie, na jakim znajdowały się przedtem. W roku 1898 miejsce Święcickiego zajął Fr. Chłapowski, a od zeszytu czwartego z r. 1899 naczelne redaktorstwo objął ponownie Święcicki. Dla »Nowin« nastawały coraz cięższe czasy. Trzeba było zaiste wielkiego ze strony redaktora poświęcenia, aby nie dać upaść czasopismu, wydawanemu w coraz trudniejszych warunkach, w dzielnicy Polski, w której walka z narodowością naszą i ze wszystkiem, co polskie, coraz ostrzejsze formy przybiera. A że ta placówka nauki naszej, jaką są »Nowiny«, dotychczas istnieje, jest to w znacznej mierze zasługą Święcickiego, który obok zdolności organizatorskich odznaczał się niezwykłym taktem w stosunkach z współpracownikami »Nowin«, z którymi utrzymywał bardzo częstą i ożywioną korespondencyę, przywiązując ich do redagowanego przez siebie czasopisma. Kto za redaktorstwa Święcickiego został współpracownikiem »Nowin«, ten się już z niemi zwykle nie rozstawał. Mimo jednak talentu, wielkiej pracy i najlepszych chęci redaktora, »Nowiny« nie mogły się tak rozwijać, jak dawniej, kiedy warunki, w których wychodziły, były znacznie lepsze. Od roku 1901 zaczęły »Nowiny« wychodzić w skromniejszem wydaniu, aniżeli dawniej. Od tego roku największy nacisk położyły na dział referatowy, aczkolwiek i pracom oryginalnym sporo miejsca poświęcają. — W roku 1904 zaczął wychodzić staraniem Dra Święcickiego, jako bezpłatny dodatek do »Nowin«, »Album wybitnych lekarzy polskich«, wydawnictwo, posiadające rzetelną wartość. Album to dotychczas wychodzi, lubo po ustąpieniu z redaktorstwa H. Święcickiego oddzielne tablice Albumu ukazują się nierównie rzadziej, aniżeli przedtem. W roku 1905 wyszło w Poznaniu jubileuszowe wydanie »Teoryi jestestw organicznych« Jędrzeja Sniadeckiego, staraniem redakcyi »Nowin Lekarskich«, a więc znów staraniem H. Święcickiego. Z końcem następnego roku Święcicki ustąpił z redaktorstwa, a miejsce jego zajął Stanisław Łazarewicz, który dotychczas pozostaje naczelnym redaktorem »Nowin«, redagując je przy współudziale komitetu, w skład którego wchodzą: Fr. Chłapowski, Dziembowski, Kapuściński, Panieński, Fr. Zakrzewski, Mieczkowski, Pomorski, Niegolewski, Stasiński, Karwowski, Krysiewicz, Skoczyński, Dembiński i Gantkowski. W uznaniu zasług, jakie położył dla »Nowin« H. Święcicki, poświęciły mu one pierwszy zeszyt z 1907 roku, który wyszedł już pod nową redakcyą.

Nietrudno byłoby wytknąć niejedną wadę i usterkę w »Nowinach Lekarskich« w późniejszym ich okresie, w którym wychodzą w coraz trudniejszych warunkach. Lecz te wady i usterki są drobną rzeczą w porównaniu do zasługi istotnie wielkiej podtrzymywania z dużem poświęceniem tego czasopisma, które jest posterunkiem pracy kulturalnej, a zarazem łącznikiem między lekarzami wielkopolskimi

---

[31]) T. Dembiński. Ogólne sprawozdanie z czynności Wydz. Lek. Tow. Przyj. Nauk za rok 1888. Nowiny Lekarskie 1889, Nr 1.

[32]) Nowiny Lekarskie 1889, Nr 1, str. 48.

i ich kolegami w innych dzielnicach dawnej Rzeczypospolitej.

We Lwowie robiono niejednokrotnie próby wydawania czasopism lekarskich, atoli z wynikiem nie świetnym, gdyż zakładane tam czasopisma zwykle po krótkim czasie żywot swój kończyły. Po upadku »Rocznika Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich«, którego wyszły tylko dwa tomy, pierwszy w r. 1869, a drugi w roku następnym, — zakłada tam Zygmunt Dobieszewski miesięcznik p. t. »Służba Zdrowia Publicznego. Czasopismo poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej ze szczególnym względem na medycynę publiczną«. Po wyjściu dwóch tomów tego czasopisma w r. 1872, przestało ono wychodzić. Znajdują się w niem prace Blumenstoka, Domańskiego, E. Korczyńskiego i innych. W końcu drugiego tomu robi redaktor gorzkie wyrzuty lekarzom, zwłaszcza lwowskim szpitalnym, za to, że nie poparli wydawnictwa przez niego zapoczątkowanego: »Rozpoczynając takowe w początku b. r. — pisze tam Dobieszewski — mniemałem, że mam obowiązek wziąć na siebie te trudy, jakkolwiek nie taiłem przed sobą, iż spotkać mogę rozliczne trudności i przeszkody tak moralne, jak i materyalne. Zawieszone jednak wydawnictwo »Kliniki« w r. 1870, niemożność otworzenia na jej miejsce nowego czasopisma w Warszawie, brak wszelkiego, choćby najmniejszego objawu naukowego ruchu na polu medycyny we Lwowie, wkładał na mnie niejako moralny obowiązek przedłużenia wydawnictwa, które w Królestwie Polskiem przez sześć lat z niemałem powodzeniem prowadziłem. Trudności, jakie w ciągu pierwszego roku swej pracy spotkałem, przeszły wszystko, czego się w ucywilizowanych towarzystwach obawiać można było. Z całej Galicyi znalazło się s t u prenumeratorów.....« —Niedługo, bo tylko cztery lata, wychodził również drugi miesięcznik lwowski p. t. »Wiadomości Lekarskie«, redagowany przez J. K. Wiktora. Pierwszy numer tego miesięcznika wyszedł 15. lipca 1886 r. Chociaż wydawany on był nieźle i miał takich współpracowników, jak n. p. Adamkiewicza, Blumenstoka, E. Fingera, W. A. Gluzińskiego, W. Jaworskiego, Obalińskiego, Święcickiego, Szpilmana i B. Wicherkiewicza, upadł jednak już w r. 1890.

Wymienione czasopisma, przeznaczone dla szerokich kół lekarzy praktyków, utrzymać się we Lwowie nie mogły, gdyż po pierwsze, z powodu braku Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Lwowskim nie mógł tam powstać żywszy ruch naukowy wśród lekarzy; powtóre zaś, »Przegląd Lekarski«, wydawany w Krakowie, zupełnie wystarczał dla wszystkich lekarzy w Galicyi, wobec czego inne czasopisma o podobnym, jak »Przegląd« programie były tam całkiem zbyteczne i nie tylko nie pożyteczne, ale nawet szkodliwe, albowiem same rozwijać się należycie nie mogły i tamowały poniekąd rozwój »Przeglądu Lekarskiego«. — Gdy został założony w r. 1894 Wydział Lekarski we Lwowie, ruch naukowy medyczny znacznie tam wzrósł, czego dowodem powstanie w tem mieście »Polskiego archiwum nauk biologicznych i lekarskich«, oraz założenie »Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego«. Pierwsze z tych czasopism, którego redaktorem jest H. Kadyi, wychodzi w ozdobnem niemal wydaniu, w zeszytach, ukazujących się w nieregularnych odstępach czasu. Pierwszy tom wyszedł w r. 1902, drugi w r. 1905, a trzeci zaczął wychodzić w r. 1907 i dotychczas, o ile mi wiadomo, nie został ukończony. Czasopismo to drukuje prace ściśle naukowe, podając tekst ich w języku polskim i jednocześnie w języku niemieckim lub francuskim. — Co się tyczy »Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego«, będącego organem Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego i od półtora roku także Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, to zaznaczyć należy, że programem nie różni się on zasadniczo od »Przeglądu Lekarskiego«. Dopiero w r. 1910 wprowadził »Tygodnik« dział, który, jeżeli się z czasem rozwinie, nada mu odrębne stanowisko od innych naszych czasopism lekarskich tygodniowych. Mam na myśli dział p. t. »Krytyka Lekarska«, będący niejako dalszym ciągiem miesięcznika warszawskiego, który pod tą nazwą wydawał Zygmunt Kramsztyk. Byłoby rzeczą pożądaną, aby wspomniany dział »Tygodnika« mógł tak się rozwinąć, aby dorównał dawnej »Krytyce Lekarskiej«, a nawet stanął wyżej od niej, podobnie, jak się to stało z wydawanym w »Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego« działem »Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, będącego dalszym ciągiem »Rocznika Medycyny Polskiej«, wydawanego przez Rogowicza w ciągu 10 lat, poczynając od r. 1879. — Z czasopism lekarskich, wychodzących we Lwowie, nie godzi się pominąć milczeniem dwóch jeszcze, które tam od kilku lat wychodzą. Są to: 1) »Przegląd Higieniczny«, organ Towarzystwa Higienicznego i Towarzystwa »Ochrona Młodzieży«, który wychodzi już dziesiąty rok; 2) »Głos Lekarzy, dwutygodnik, poświęcony sprawom zawodowym lekarskim, deontologii i zagadnieniom z zakresu medycyny społecznej, subwencyonowany przez Izbę Lekarską Wschodnio-Galicyjską«. Tytuły tych czasopism dokładnie wskazują, jakie mają one zadania. »Przegląd Higieniczny« ma podobne zadanie, jak miesięcznik warszawski »Zdrowie«; ustępuje mu jednak pod względem obfitości treści. Natomiast »Głos Lekarzy«, wychodzący już dziewiąty rok, ma całkiem odrębny program od innych naszych czasopism lekarskich. Przez 8 lat był on jedynem tego rodzaju pismem peryodycznem u nas. W roku bieżącym powstało podobne czasopismo także w Krakowie pod nazwą: »Słowo Lekarskie«. Nawiasem dodam, że redaktor »Głosu Lekarzy« już czwarty rok redaguje i wydaje we Lwowie miesięcznik lekarski w języku esperanckim p. t. »Voĉo de kuracistoj«.

Inny charakter, aniżeli wszystkie czasopisma, o których wyżej była mowa, posiadał miesięcznik, który powstał był w Łodzi z inicyatywy lekarzy Józefa Kolińskiego i Seweryna Sterlinga. Wychodził on p. t. »Czasopismo Lekarskie« samoistnie przez dziesięć lat (1899—1908). Przez cały ten czas redaktorem jego był S. Sterling. W artykule wstępnym ostatniego wydanego w Łodzi zeszytu (z grudnia 1908) podany jest krótki obraz dziesięcioletnich dziejów czasopisma. Z artykułu rzeczonego zaczerpnąłem tych kilka wiadomości, które niżej podaję.

»Czasopismo lekarskie« było organem Towarzystw Lekarskich prowincyonalnych w Królestwie Polskiem. Dążyło ono stale do tego, aby być łącznikiem lekarzy, »którzy w swej działalności wznosili się ponad poziom wyłącznie zarobkowy«; aby wzmacniać poczucie łączności zawodowej lekarzy prowincyonalnych; aby ułatwiać wymianę ich myśli, podnosić poczucie godności osobistej, oraz »poczucie wartości roli lekarza prowincyonalnego jako zawo-



STANISŁAW DOMAŃSKI
red. 1893 — 1896
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polsk.

dowca i obywatela«. »Czasopismo« drukowało obok prac z dziedziny medycyny praktycznej, również »prace z zakresu antropologii, szpitalnictwa, epidemiologii, demografii, higieny społecznej«, a nadto umieszczało na swych szpaltach artykuły i wiadomości »o organizacyi medycyny wiejskiej, o medycynie fabrycznej, o chorobach zawodowych, o żywieniu się mas, o sanatoryach i przytułkach, o rzeczoznawstwie, o pielęgniarstwie i t. p. i t. p. sprawach dalekich od farmacyi i receptury«. W r. 1909 »Czasopismo« połączyło się z »Przeglądem Lekarskim«. Do zawieszenia jego, jako samoistnego pisma peryodycznego, przyczyniły się głównie wypadki polityczne, których widownią przed kilku laty było całe państwo rosyjskie, nie wyłączając Królestwa Polskiego. »A gdy burza przeszła, gdy nadzieje, jak błyskawice, zgasły — ręce opadły, by już tylko powoli i z wysiłkiem znów do pracy ogólnej powrócić«. »Czasopismu« zabrakło wówczas współpracowników, gdyż prawie we wszystkich prowincyonalnych Towarzystwach Lekarskich Królestwa, które przedtem obficie zasilały ten miesięcznik pracami, odczytywanemi na swoich posiedzeniach, zapanował zastój. »Nawet w swem najbliższem otoczeniu — pisze »Czasopismo Lekarskie« w ostatnim w Łodzi wydanym zeszycie — wyschły nam trzy źródła prac naukowych, zawsze dla nas otwarte. Kol. Serkowski przeniósł swoją pracownię naukową do Warszawy; szpital Anny Maryi kieruje cały swój dorobek do nowego organu specyalnego, a z wyjazdem kol. J. Mazurkiewicza zmalała produkcya naukowa Kochanówki«. Wskutek wszystkich tych okoliczności »Czasopismo Lekarskie« znalazło się w trudnem położeniu, aż wreszcie z końcem 1908 roku połączyło się z »Przeglądem Lekarskim«.

Zanim przejdę do omówienia rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego w Krakowie, wspomnieć mi wypada, że i na obczyźnie robione były próby wydawania polskich czasopism lekarskich. I tak w Petersburgu wyszedł w roku 1862 tom pierwszy, a zarazem ostatni »Rozmaitości Lekarskich«[33]), a w Paryżu wychodził »Rocznik Towarzystwa Paryskiego Lekarzy Polskich«, którego tom pierwszy wyszedł w r. 1859, drugi w 1860, a trzeci i ostatni w 1868. Współpracownikami wspomnianego »Rocznika« byli Ksawery Gałęzowski, Hirschfeld, Raciborski i inni. — Nie potrzeba chyba rozwodzić się nad tem, że wszelkie próby zakładania czasopism lekarskich zagranicą muszą chybiać celu, gdyż długo się tam one utrzymać nie mogą.

Pierwszem czasopismem lekarskiem w Krakowie był wydawany nakładem Ludwika Bierkowskiego »Rocznik obejmujący zdanie sprawy z czynności Kliniki Chirurgicznej i Położniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego«. Wyszły tylko trzy tomy, a raczej zeszyty tego »Rocznika«. Wszystkie one zawierają sprawozdania z działalności Kliniki Chirurgicznej, a nadto dwa pierwsze również z działalności Kliniki Położniczej. Obok sprawozdań w każdym zeszycie znajdują się artykuły treści lekarskiej, w których opisane są głównie ważniejsze przypadki, leczone w Klinice Chirurgicznej. Wszystkie artykuły, prócz jednego, zostały napisane przez Bierkowskiego. Pierwszy zeszyt »Rocznika« wyszedł w 1832, trzeci, a zarazem ostatni w r. 1834. Rocznik Bierkowskiego upadł z powodu zbyt małej liczby prenumeratorów. Miał wprawdzie Bierkowski zamiar wznowić po kilku latach swoje wydawnictwo, lecz zaniechał tego zamiaru z chwilą, gdy zaczął wychodzić w Krakowie »Rocznik Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim«. — Czasopismo to stanowi ładną kartę w dziejach Krakowskiego Wydziału Lekarskiego. Powstało ono w następujących okolicznościach. Po reorganizacyi Uniwersytetu Jagiellońskiego w r. 1833 nastąpiło prawdziwe odnowienie Wydziału Lekarskiego, gdyż znaczna część profesorów ustąpiła, a ich miejsca zajęli nowi profesorowie, ludzie przeważnie bardzo młodzi, z których niektórzy dopiero przed kilku laty opuścili ławy studenckie. Dość powiedzieć, że w r. 1835, gdy wszystkie dziewięć katedr na Wydziale Lekarskim były już obsadzone profesorami zwyczajnymi, nie było wśród nich ani jednego, któryby dosięgnął pięćdziesięciu lat, a natomiast było sporo młodszych, jak n. p. Skobel, mający 29 lat, Kozubowski, mający 30 lat, Majer, mający 32 lata, Bierkowski, mający 34 lata i t. d. Zawrzało nowe życie w Wydziale Lekarskim, którego wszyscy członkowie ożywieni byli gorącą chęcią służenia dobru publicznemu. Postanowiwszy zaprowadzić ład na Wydziale, zaczęli od porządkowania archiwum Wydziału, które znajdowało się w wielkim nieładzie i, niestety, w znacznej części uległo już było zniszczeniu. Dziekan Wydziału Lekarskiego Brodowicz w sprawozdaniu z czynności Wydziału w r. 1833/4 i 1834/5 pisze o tem archiwum: »Profesorowie czynni, ratując te resztki historyi swojego Wydziału od zupełnej zagłady i zapobiegając na przyszłość podobnemu bezrządowi kazali na swój koszt obszerną i mocną sporządzić szafę zamykaną, w sali lekarskiej umieszczoną i takową na stałe mieszkanie archiwum lekarskiego ofiarowali, gdzie w r. 1833/4 przeniesione i pod klucz Sekretarzowi Wydziału oddane zostało«.... »Nakoniec Wydział

[33]) Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie. Warszawa 1897, str. 947.

Lekarski, wskutek zapadłych odmian w większej połowie swojej odrodzony i w całym komplecie na ostatniej sesyi zebrany, pragnąc ażeby wskrzeszony raz duch porządku i rzetelnego dobra zawsze już odtąd w nim przemieszkiwał, ażeby nadto stan jego każdoczesny i ciągłe działanie całej publiczności były wiadome, dla zachowania onych w pamięci i przysparzania połączonemi siłami pożytków z nauki i sztuki lekarskiej wynikających, które krzewić i pielęgnować jego szczególnem jest powołaniem, postanowił jednozgodnie wydawać odtąd Roczniki według ułożonego przez siebie planu i takowe drukiem ogłaszać« [34]). Brodowicz podaje, że to na jego właśnie wniosek Wydział Lekarski postanowił wydawać »Rocznik« [35]). Atoli uchwała rzeczona nie odrazu została w życie wprowadzona. Dopiero na posiedzeniu Wydziału w dniu 17. stycznia 1838 został przyjęty projekt zamierzonego wydawnictwa, ułożony przez F. Skobla. Według projektu tego, znajdującego się w Archiwum Uniwersytetu Jagiellońskiego w księdze sprawozdań z posiedzeń Wydziału w r. szk. 1837/8, »Rocznik Wydziału Lekarskiego« ma się składać z dwóch działów: historyczno-statystycznego i lekarsko-naukowego. Pierwszy obejmować będzie szczegółową kronikę Wydziału, tudzież wiadomości z dziejów jego; drugi zawierać będzie rozprawy naukowe. W końcu projekt podaje, że szczególnem staraniem redakcyi ma być czystość języka. Wszystkie ważniejsze rzeczy, w projekcie zawarte, zostały uwzględnione w »Roczniku«, którego tom pierwszy wyszedł w r. 1838, a ostatni w r. 1846 z datą r. 1845. Wszystkich tomów wyszło osiem. Redaktorami »Rocznika« byli Majer i Skobel [36]) Wydawany on był pod każdym względem wzorowo. Na czele prawie każdego tomu znajduje się portret jednego z dawnych profesorów Wydziału. Dział pierwszy we wszystkich tomach zawiera bardzo szczegółowe sprawozdania roczne, zarówno z czynności całego Wydziału, jak i każdego z profesorów w szczególności, a prócz tego w dziale tym znajdują się niezwykle ciekawe i ważne wiadomości, dotyczące dziejów Wydziału; w dziale drugim ukazało się sporo rozpraw naukowych, napisanych przeważnie przez profesorów Wydziału Lekarskiego. »Rocznik« posiada nieocenioną wprost wartość dla przyszłego historyka Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim. Prawdziwa szkoda, że tylko przez kilka lat wychodził. Brodowicz, wspominając w r. 1871 z żalem o upadku tego czasopisma, nadmienia, iż nie wie, dlaczego w r. 1846 zaniechano dalszego jego wydawania [37]). Pisząc w ćwierć wieku o upadku »Rocznika«, widocznie zapomniał, jakie były przyczyny zawieszenia wydawnictwa, boć musiał o nich swego czasu wiedzieć, skoro w r. 1846 należał jeszcze do czynnych profesorów Wydziału Lekarskiego, a więc i do współwydawców »Rocznika«. Przyczyny te łatwo odgadnąć. »Rocznik« wychodził nakładem wszystkich profesorów Wydziału Lekarskiego, których liczba nie przekraczała dziesięciu. Postanowili oni opłat egzaminacyjnych nie brać dla siebie, lecz obracać je w całości na pokrycie kosztów swego czasopisma. Na ten sam cel poświęcali również dochód z rozsprzedaży »Rocznika«. Ale dochody, z obydwu tych źródeł pochodzące, żadną miarą wystarczyć nie mogły na pokrycie kosztów papieru i druku tego na swój czas, rzec można, wytwornego wydawnictwa. Musiał więc w kasie powstać niedobór. W sprawozdaniach kasowych, dotyczących kosztów wydawania »Rocznika«, złożonych Wydziałowi Lekarskiemu przez Majera, podano, że n. p. w końcu roku 1845 niedobór wynosił 771 złp. i 14 gr. Oczywiście deficyt ten pokrywali profesorowie z własnej kieszeni. Wydawanie »Rocznika« pochłaniało spore sumy: koszta n. p. wydania szóstego tomu, który odbito tylko w 150 egzemplarzach, wyniosły 1339 złp. 25 gr., koszta zaś wydania siódmego tomu, także tylko w 150 egzemplarzach odbitego, wyniosły 1099 złp. 28 gr. [38]). Dopóki istniała Rzeczpospolita Krakowska, mogli profesorowie Wydziału Lekarskiego, pobierający wówczas po 6000 złp. rocznie, nie tylko zrzec się pobierania opłat za egzamina na rzecz wydawania »Rocznika«, lecz nawet pewne kwoty dawać na pokrycie deficytu wydawnictwa, gdyż w tych czasach Kraków należał do bardzo tanich miast, z płacy więc 6000 złp. rocznie wynoszącej, mogli nawet część zaoszczędzać. Po przyłączeniu Krakowa do Austryi w r. 1846, drożyzna w tem mieście bardzo wzrosła, natomiast płace profesorów nie tylko nie zostały powiększone, lecz nawet o 300 złp. zmniejszone [39]). Wobec tego położenie materyalne ich w wysokim stopniu pogorszyło się. Prawdopodobnie ta, a nie inna okoliczność miała decydujący wpływ na zawieszenie »Rocznika Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim«, który był bądź co bądź kosztownem wydawnictwem, w każdym razie zbyt kosztownem dla nielicznego wówczas grona profesorów Wydziału Lekarskiego.

Po upadku »Rocznika« Kraków przez długie lata był pozbawiony czasopisma lekarskiego, bo aż do roku 1862, w którym zaczął wychodzić »Przegląd Lekarski«.

Nowe to czasopismo powstanie swoje zawdzięcza niemal wyłącznie profesorom Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim, ówczesnym członkom Towarzystwa Naukowego Krakowskiego. Na posiedzeniu Komitetu rzeczonego Towarzystwa dnia 21. stycznia 1862 została zatwierdzona uchwała Oddziału nauk przyrodniczo-lekarskich, dotycząca wydawania peryodycznego pisma lekarskiego [40]). W kilka dni potem wysłało Towarzystwo naukowe podanie w tej sprawie do namiestnictwa. Brulion tego podania, podpisany przez prezesa Majera, znajduje się w Archiwum Akademii Umiejętności, która, jak wiadomo, jest dalszym ciągiem Towarzystwa Naukowego. Na tym brulionie, który zapewne służył zarazem jako odpis podania, zanotowano, iż wysłano je 24. stycznia 1862. Ponieważ został w niem wyłuszczony program zamierzonego tygodnika lekarskiego, przeto je tutaj w całości podaję, jako ważny dokument odnoszący się do założenia »Przeglądu Lekarskiego«:

»Do Wysokiego c. k. Namiestnictwa Galicyi.

C. K. Towarzystwo naukowe krakowskie, pragnąc ażeby w duchu obowiązującej je ustawy działalność jego

---

34) Maciej Józef Brodowicz. Ważniejsze dokumenta odnoszące się do swojego udziału w sprawach i losach Zakładów naukowych b. W. M. Krakowa i jego Okręgu. Zebrał i objaśnił.... Kraków 1874, str. 94.

35) Tamże, str. XXXIV.

36) Tamże, str. XXXIV.

37) Maciej Józef Brodowicz. Przegląd ogólny swojego zawodu lekarskiego i nauczycielskiego. Kraków 1871, str. 84.

38) Archiwum Uniwersytetu Jagiell. Akta Wydziału Lekarskiego z r. 1844/5 i z r. 1845/6.

39) M. J. Brodowicz. Przegląd ogólny l. c. str. 114.

40) Akademia Umiejętności. Archiwum Towarzystwa Naukowego Krakowskiego.

skuteczniej dla dobra nauki i pożytku kraju rozwijać się mogła, postanowiło wydawać pismo tygodniowe pod tytułem: Przegląd lekarski, wydawany staraniem Oddziału nauk przyrodniczo-lekarskich c. k. Towarzystwa naukowego krakowskiego.

Donosząc o tem Wys. Namiestnictwu, Towarzystwo naukowe w duchu ustawy drukowej z d. 27. maja 1852 r. Nr 122 ma zaszczyt załączyć następujące wyjaśnienia:

1) Treść pisma stanowić będą: a) Prace oryginalne, mianowicie treść rozbiorów lekarskich, na posiedzeniach Towarzystwa odczytywanych; opisy szczegółowych przypadków chorób leczonych w klinikach krakowskich lub......[41]) nadesłanych; ważniejsze ustępy z wykładów uniwersyteckich; b) Pogląd na postęp nauk w ogólności, mianowicie rychła wiadomość o ważniejszych spostrzeżeniach i systematyczny przegląd postępu z roku poprzedniego; c) Część literacka, obejmująca kronikę bibliograficzną i krytykę; d) Rozmaitości ze statystyki lekarskiej, hygieny publicznej, nekrologii, meteorologii i t. d.

2) Wydawcą i nakładcą będzie oczywiście Towarzystwo naukowe, zastępowane redakcyą złożoną z Prof. Bryka, Dietla, Majera i Skobla i członka Towarzystwa Dra Zieleniewskiego, do którego należeć będzie zarząd bióra i wszelka administracya.

3) Pismo ma się drukować w Drukarni Uniwersyteckiej.

4) Wychodzić będzie tygodniowo.

Gdy jakby sądzić wypadało, kwalifikacya wydawcy zamierzonego pisma, ile że nim jest Towarzystwo naukowe, wątpliwości ulegać nie może; gdy owszem wynika ze statutu Towarzystwa, aby takowe wszelką możebną drogą przyczyniało się do postępu i rozszerzenia umiejętności; gdy wreszcie i treść pisma żadnej ze strony władz krajowych nie może nasuwać trudności; — upraszając więc Wysokie Namiestnictwo, krajowe w duchu ustawy wyżej powołanej, o udzielenie potrzebnego w tej mierze upoważnienia, Towarzystwo naukowe tuszy sobie, że przychylną odpowiedzią rychło zaszczyconem zostanie, ile że przyspieszenie wydawnictwa, jak z jednej strony dla Towarzystwa, tak z drugiej dla lekarzy krajowych nader jest pożądanem.

Kraków, d. 24. stycznia 1862.

Dr Majer«.

Przychylna odpowiedź namiestnictwa rychło nadeszła, i »Przegląd Lekarski« zaczął niebawem wychodzić pod redakcyą Bryka, Dietla, Majera, Skobla i Zieleniewskiego. Wkrótce grono redakcyjne powiększył Oettinger.

W pierwszych dziesięciu latach (1862—1871) »Przegląd« wydawany był staraniem Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich C. K. Towarzystwa Naukowego Krakowskiego. Oddział rzeczony, na którego czele stał w r. 1862 Fr. Skobel, przystępując do wydawania »Przeglądu«, nie potrzebował troszczyć się zbytnio o jego byt materyalny, albowiem Dietl przyrzekł przyjść z pomocą pieniężną zamierzonemu czasopismu, jeżeli zajdzie tego potrzeba. W aktach, pozostałych po Towarzystwie Naukowem Krakowskiem, znajduje się pismo urzędowe z d. 15 stycznia 1862 r., wystosowane do Komitetu Towarzystwa przez Oddział nauk przyrodniczych i ścisłych, w którem jest mowa o obietnicy Dietla. W piśmie tem, podpisanem przez Skobla, jako przewodniczącego Oddziału, i przez Oettingera, jako sekretarza, w końcowym ustępie zaznaczono, że »mające wejść w życie nowe przedsiębiorstwo naukowe nie wymaga ze strony Towarzystwa żadnych ofiar materyalnych, albowiem niepłonna jest nadzieja, że się pismo o swoich siłach utrzyma, a nawet w razie niedoboru, o ile Towarzystwo pokryćby go nie mogło, Szanowny Rektor Uniw. Jagiell. a członek Towarzystwa Dietl pokryć go z własnych funduszów wspaniałomyślnie przyobiecał« [42]).

W temże piśmie Oddział nauk przyrodniczych i ścisłych podaje do wiadomości Komitetu Towarzystwa, iż postanowił powierzyć redakcyę przyszłego tygodnika lekarskiego »komisyi, złożonej z pięciu członków a w szczególności: 1) z Prezesa Tow. Nauk. Majera, 2) z Przewodniczącego Oddziału Skobla, 3) z kolegi Bryka, 4) z kolegi Dietla i 5) z kolegi Zieleniewskiego, poruczając temu ostatniemu obowiązki zarządcy biura. Zastępcą zaś tegoż wyznaczył Sekretarza Oddziału kol. Oettingera«.

Główna zasługa założenia »Przeglądu« przypada w udziale Dietlowi, który pragnął obudzić ruch naukowy wśród lekarzy naszych zwłaszcza w Galicyi, oraz Majerowi i Skoblowi, którzy podzielali to dążenie Dietla. Oettinger, który sam należał do współzałożycieli »Przeglądu«, pisze, że Dietl miał przeważny, a zarazem stanowczy wpływ na założenie tego czasopisma. »Wykazywał on dobitnie potrzebę czasopisma lekarskiego, wychodzić mającego w krótkich odstępach czasu dla podania prac bieżących i ożywienia ruchu naukowego, nalegał natarczywie na rychłe jego założenie, gdyż inaczej spostrzeżenia i poszukiwania, nie znajdując pomieszczenia w kraju, albo zmarnieją, albo zasilać będą dzienniki obce«...[43]). Za jego to inicyatywą i staraniem powstała w Towarzystwie Naukowem Komisya redakcyjna, której zadaniem było wydawanie »Przeglądu«[44]).

Dietl był to człowiek niesłychanej energii, inicyator jakich mało, a przytem w całem tego słowa znaczeniu człowiek mądry. Dzielnością nie dorównał mu żaden z naszych lekarzy. Do czego się brał, zawsze niemal osiągał zamierzony skutek.

Prócz Dietla przyczynili się do zawiązania Komisyi redakcyjnej »Przeglądu« także Majer i Skobel [45]).

Nie mam zamiaru w szkicu niniejszym pisać życiorysów redaktorów »Przeglądu Lekarskiego«, a więc i życiorysu Dietla. Chodzi mi tylko o skreślenie bardzo zwięzłych charakterystyk najwybitniejszych redaktorów i o uwydatnienie najgłówniejszych zasług, położonych przez nich dla rozwoju »Przeglądu«. Niestety, i to zadanie, a mianowicie druga część jego jest bardzo trudna do rozwiązania, prawie nawet niemożliwa, gdy chcemy dokładnie ocenić zasługi każdego z wybitniejszych redaktorów, którzy kierowali »Przeglądem« w pierwszem jego dziesięcioleciu, albowiem wtedy po pięciu, sześciu, a nawet siedmiu redaktorów jednocześnie prowadziło pismo, przyczem nie wiadomo, jaki był udział każdego z nich w pracy redakcyjnej. Mogłyby na tę rzecz rzucić światło sprawozdania z posiedzeń komisyi redakcyjnej, gdyby sprawozdania te przechowały się do tego czasu. Nie mogłem ich atoli nigdzie znaleźć; zresztą nie wiadomo, czy były one wogóle spisywane. Wiemy tylko z nagłówków »Przeglądu«, kto go redagował. Reszty trzeba

[41]) Wyraz nieczytelny.

[42]) Akademia Umiejętności. Archiwum Tow. Nauk. Krak.

[43]) J. Oettinger. Józef Dietl. Rys biograficzny. Przegląd Lekarski 1878.

[44]) Tamże.

[45]) W. Sciborowski. Wspomnienie o ś. p. Drze Józefie Dietlu. Odbitka z Rocznika Towarz. Dobroczynności. Kraków 1878.

się domyślać z artykułów redakcyjnych, umieszczanych w tem czasopiśmie, oraz z przeglądania poszczególnych jego roczników.

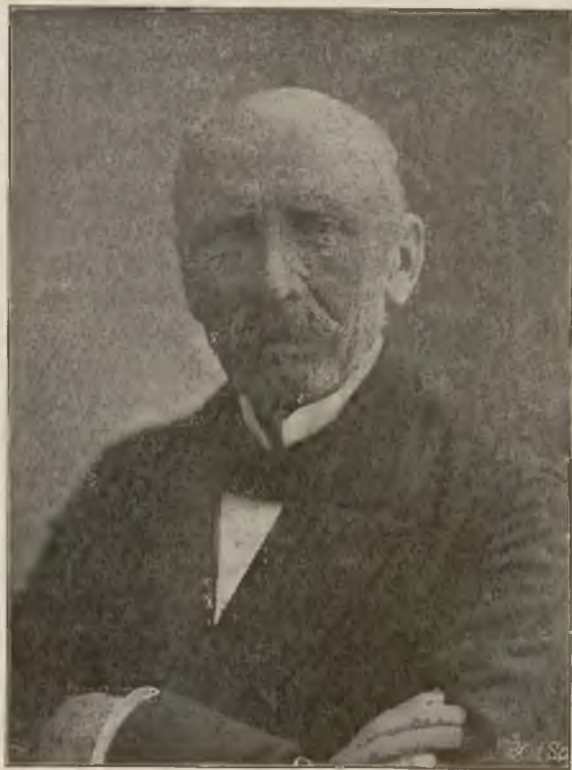
Dotychczasową historyę »Przeglądu Lekarskiego« należy podzielić na dwa okresy: pierwszy obejmuje dziesięciolecie, w którem »Przegląd« wydawany był staraniem Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa Naukowego Krakowskiego; drugi zaczyna się od dwunastego rocznika, od którego stał się on organem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich we Lwowie. Między wymienionymi okresami był jeden rok przejściowy, w którym »Przegląd«, stawszy się własnością St. Janikowskiego i Lutostańskiego [46]), był przez nich, a poczynając od numeru drugiego, także przez K. Grabowskiego redagowany i wydawany.

Poczet redaktorów »Przeglądu« w pierwszem dziesięcioleciu był następujący. Pierwszy rocznik zaczął wychodzić pod redakcyą Bryka, Dietla, Majera, Skobla i Zieleniewskiego. Poczynając zaś od numeru 28-go do składu Komisyi redakcyjnej wszedł Oettinger, który do tego czasu brał tylko zastępczo udział w pracach Komisyi. Z tych sześciu redaktorów trzej: Majer, Oettinger i Skobel, byli redaktorami przez całe dziesięć lat, inni zaś usunęli się z redakcyi wcześniej: Bryk po 2 latach, Dietl po 5, a Zieleniewski po 8. Prócz wymienionych redaktorów byli nadto nimi w pierwszem dziesięcioleciu »Przeglądu«: Madurowicz (1867—1870), Rydel (1867—1871), Janikowski (1867—1871 i dalej do 1876) i Lutostański (1870—1872).

Pierwszy numer »Przeglądu Lekarskiego« wyszedł 5 kwietnia 1862, mając na czele początek sławnej pracy Dietla p. t. »Aforyzmy kliniczne na ścisłem badaniu osnute«. Dalej następuje artykuł Oettingera, zatytułowany »Róg na głowie niewiasty«; potem wiadomość o badaniach Czyrniańskiego, wykonanych w pracowni chemicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, a mianowicie o »wykryciu w żołądku koniinu«. Po tych artykułach oryginalnych Majer podaje szczegółową ocenę podręcznika histologii, napisanego przez Hoyera. Zamykają zaś numer: sprawozdanie z posiedzenia Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa Naukowego Krakowskiego, nekrologia, wiadomości bibliograficzne i wreszcie korespondencya redakcyi. Całość numeru czyni wrażenie dodatnie. Toż samo można rzec o następnych numerach, których treść urozmaicona jest nadto wyciągami z pism lekarskich zagranicznych. Pierwszy tom »Przeglądu Lekarskiego«, składający się z 39 numerów, zawiera prace i spostrzeżenia oryginalne następujących współpracowników: Dietla, Falęckiego, Szewczyka, Oettingera, Czyrniańskiego, G. Piotrowskiego, Warschauera, Bryka, Zieleniewskiego, Sławikowskiego, Webera, Wierzchowskiego, Molędzińskiego, Majera, Steuermarka, L. Blumenstoka, M. L. Jakubowskiego, Jasińskiego, Riegera, Długołęckiego, Krydy i Bergera. W dziale rozbiorów dzieł lekarskich zamieścili prace swoje Majer i Skobel. Z wymienionych współpracowników »Przeglądu« znakomita większość była z Krakowa.

Pierwszy rocznik »Przeglądu« wygląda raczej na skromny tygodnik, niż na imponujące swoją treścią i rozmiarami czasopismo. Prócz działów zatytułowanych: 1) prace i spostrzeżenia oryginalne, 2) rozbiory dzieł lekarskich, 3) wyciągi z pism zagranicznych, — zawiera on nadto dział rozmaitości, w którym podane są: 1) sprawozdania z posiedzeń Oddziału nauk przyrodniczych i lekarskich Towarzystwa Naukowego Krakowskiego, tudzież sprawozdania z posiedzeń Komisyi balneologicznej tegoż Towarzystwa, 2) wiadomości o ruchu chorych w szpitalach krakowskich, 3) wzmianki o zakładach i towarzystwach naukowych, 4) wiadomości statystyczno-lekarskie, 5) wiadomości o lekarzach, 6) szczegóły policyjno-lekarskie, 7) bibliografia i 8) wiadomości o wynikach spostrzeżeń meteorologicznych, robionych i obliczanych w Obserwatoryum Krakowskiem.

Prawdziwą ozdobą pierwszego rocznika »Przeglądu« są prace Dietla. Wzbogacił on pracami swemi i następne dwa roczniki. Niemało również prac z kliniki Dietla, napisanych przez asystentów jego: Falęckiego, Gawlika i Szewczyka, zostało umieszczonych w pierwszych rocznikach »Przeglądu«. Od roku 1865, lubo Dietl pozostawał jeszcze przez dwa lata z górą członkiem Komisyi redakcyjnej, nie ogłaszał już w »Przeglądzie« prac żadnych. Rok bowiem 1865 był w życiu jego przełomowym; od tego czasu, usunięty z katedry uniwersyteckiej, zaczął powoli porzucać naukę, aby oddać się całą duszą innym pożytecznym dla kraju sprawom. — Nie minę się zapewne z prawdą, jeśli wypowiem przypuszczenie, że Dietl nie tylko był głównym założycielem »Przeglądu«, lecz że także nadał mu kierunek, w jakim rozwija się on od samego początku po dziś dzień. Dietl bowiem na każdej niemal pracy, do której się wziął, wyciskał piętno swej niezwykłej indywidualności. — Zyskawszy sobie już w Wiedniu imię znakomitego lekarza i wybitnego uczonego, zostaje powołany do Uniwersytetu Jagiellońskiego na katedrę kliniki lekarskiej, opróżnioną po ustąpieniu z niej Brodowicza. Posłuszny wezwaniu do służby publicznej w kraju, przyjeżdża niebawem do Krakowa i w dniu



AUGUST KWAŚNICKI
red. 1896—1905
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.

[46]) Przegląd Lekarski 1871. str. 386.

12 maja 1851 r.[47]) staje na czele powierzonej mu kliniki, którą odrazu na tak wysoki poziom podnosi, na jakim się przedtem nigdy nie znajdowała. Jego to staraniem liczba łóżek w klinice lekarskiej została powiększona z 18 do 24. W Krakowie pracuje wytrwale i owocnie zarówno na polu nauczycielskiem, jak i naukowem. Uwielbiany przez uczniów, staje się dla nich niemal wyrocznią. Działalność naukową, świetnie w Wiedniu rozpoczętą, rozwija dalej. Gdy chodzi o zbadanie jakiegokolwiek zagadnienia naukowego, nie szczędzi pracy, aby je jak najgruntowniej wyświetlić. Poświęcając się przez pewien czas studyom nad zimnicą, wybiera się dla zbadania tej choroby w r. 1858 w czasie wakacyi w podróż do Węgier, Multan, Wołoszczyzny, Turcyi, Grecyi, a nawet dociera do Wysp Jońskich i Małej Azyi. Zasługi Dietla na polu podniesienia zdrojowisk krajowych są niespożyte. Potrafił on poruszyć do współdziałania w celu podniesienia zdrojowisk naszych zarówno władze rządowe, jak i właścicieli ich, przemysłowców, oraz i publiczność. Za jego inicyatywą powstała w Towarzystwie Naukowem Krakowskiem Komisya Balneologiczna, która wybitną działalność rozwijała. Jako członek Komisyi powołanej do Wiednia przez ministra Gołuchowskiego w celu narad nad językiem wykładowym w Uniwersytecie Jagiellońskim, staje dzielnie wraz z Majerem w obronie języka ojczystego, przyczyniając się do przywrócenia go, jako urzędowego, w najstarszej Wszechnicy naszej. Pracuje gorliwie nad podniesieniem świetności tej Wszechnicy, wyszukując dobrze rokujących młodych uczonych i zachęcając ich do ubiegania się o docentury prywatne w Uniwersytecie. Obrany rektorem w r. 1861, dąży do spełnienia swych marzeń, aby tak wysoko podnieść Wszechnicę Jagiellońską, iżby mogła stanąć w jednym rzędzie z celniejszemi zagranicznemi. Na przeszkodzie do rozwinięcia szerokich planów reformatorskich w Uniwersytecie staje krótkość czasu urzędowania rektora. Gdy skończył się roczny okres rektorstwa Dietla, Wszechnica, pragnąc przedłużyć nader pożyteczną jego działalność, składa ponownie najwyższy urząd uniwersytecki w jego ręce. Rząd atoli nie zatwierdza tego wyboru. A gdy w r. 1865 Dietl znowu zostaje obrany rektorem, rząd nie tylko nie zatwierdza go na tym urzędzie, lecz pozbawia go katedry. Cios został zadany nie tylko Dietlowi, lecz i Uniwersytetowi, a nawet całemu społeczeństwu. Kogoż to rząd i za co usunął z katedry? Znamienitego uczonego, prawego człowieka, dzielnego obywatela za to chyba tak ciężko ukarano, że, całą duszą oddany dobru publicznemu — »totus in illo«, — występował gorąco w obronie języka polskiego i autonomii kraju, i jako poseł sejmowy, i jako członek Rady państwa, przez Sejm do niej delegowany. Głęboko odczuł Dietl krzywdę, jaką mu wyrządzono, i nigdy jej przeboleć nie mógł. Usunięty z Uniwersytetu, oderwany od ulubionej kliniki, odsuwa się rychło potem od pracy naukowej w dziedzinie medycyny, a natomiast całą energię wkłada w inne zajęcia. W r. 1865 wydaje pierwszą część, a w roku następnym drugą dzieła »O reformie szkół krajowych«. W r. 1866 po wprowadzeniu w Krakowie samorządu gminnego zostaje pierwszym autonomicznym prezydentem tego miasta.

Popularność jego dochodzi wówczas do szczytu. Był wprawdzie i dawniej popularnym, atoli popularność jego jeszcze bardziej wzrastać zaczęła w tym właśnie czasie, w którym rząd usunął go z katedry uniwersyteckiej. O niezwykłej popularności jego świadczy między innemi rzeczami pomnik w Szczawnicy na cześć jego w r. 1865 postawiony[48]) oraz wiersz w tym roku przez Józefa Szujskiego napisany[49]). Końcowy ustęp tego wiersza, sławiącego zasługi Dietla, brzmi:

»Cześć Ci! urocza głosi gór kraina,
Skały i hale, krynice i lasy —
Z dumą spoziera na swojego Syna
Ojczysta Ziemia, Bożej pełna krasy
Cześć Ci! współbracia wołają, rodacy —
Mężu nauki, wytrwania i pracy!«

Dietl, zostawszy prezydentem Krakowa, złożył mandaty do Sejmu i do Rady Państwa, pragnąc cały czas i zdolności poświęcić nowemu swojemu urzędowi. Z tego również powodu usunął się w początku 1867 roku z Komisyi redakcyjnej »Przeglądu«, acz nie bez żalu. W piśmie, wystosowanem 15 stycznia 1867 r. na ręce prezesa Tow. Nauk. Krak., tak Dietl pisze: »Nie mogąc w obecnych stosunkach czynny brać udział w pracach redakcyi »Przeglądu Lekarskiego«, oświadczam z ubolewaniem, iż od współredakcyi tego dziennika zupełnie usunąć się muszę, otwierając drogę młodszym talentom, które z większą korzyścią wypełnić potrafią moje miejsce«[50]). Jako prezydent oddał Dietl nieocenione usługi miastu. Dużo sam dokonał i dalszą drogę następcom swoim wytknął. Za rządu Dietla zaczęło się miasto podnosić. Powstawały nowe ulice, a nawet nowe dzielnice na przedmieściach, zabrano się do restauracyi Sukiennic, otwarto przy pomocy ofiarności prywatnej przytułek dla starców i kalek, wzięto się do wystawienia nowej rzeźni i t. d. Dietl zwrócił uwagę na konieczną potrzebę polepszenia bruków, zaprowadzenia kanalizacyi, urządzenia wodociągów, wybudowania nowych gmachów szkolnych i wielu innych rzeczy. Nie wszystkie oczywiście zamiary swoje mógł wprowadzić w czyn, bo to było rzeczą niemożliwą w ciągu kilkoletniego piastowania urzędu gospodarza miasta; nie mniej jednakże to, czego dokonał, stawia go w pierwszym rzędzie ludzi, najbardziej dla Krakowa zasłużonych.

Człowiek takiej inicyatywy i takiej głowy, jak Dietl, nie mógł odgrywać roli biernej w żadnem przedsięwzięciu, do którego należał. Nie mógł zatem odgrywać takiej roli i w Komisyi redakcyjnej »Przeglądu Lekarskiego«. Wśród założycieli i pierwszego grona redaktorskiego »Przeglądu« był on niewątpliwie jednostką, przewyższającą swoich współtowarzyszów pracy i rozumem, i energią. Na zebraniach Komisyi redakcyjnej, na których omawiano program czasopisma, zapewne głos jego najwięcej zaważył. O programie tym można wyrobić sobie sąd na zasadzie pierwszych roczników »Przeglądu« i odezw od redakcyi, w końcu tych roczników umieszczonych. Owóż, zadania »Przeglądu« można streścić w trzech zdaniach: 1) rzetelne służenie nauce, 2) rozbudzanie ruchu naukowego wśród lekarzy i 3) dąże-

[47]) Materyał do charakterystyki Dietla czerpię z cytowanych już życiorysów jego, napisanych przez Oettingera i Sciborowskiego.

[48]) »Przegląd Lekarski« 1865 Nr. 35 str. 280.
[49]) Tamże. 1865. Nr. 36 str. 288.
[50]) Przegląd Lek. 1867. Nr. 8. str. 57.

nie do tego, aby »Przegląd« był czasopismem lekarskiem polskiem, raczej ogólno-polskiem, a nie krakowskiem tylko. Jak Dietl marzył, aby Wszechnica Jagiellońska stała się ogniskiem wyższego wykształcenia dla młodzieży z całej Polski, tak samo »Przegląd«, zawdzięczający swoje powstanie w znacznej mierze Dietlowi, zaraz w początkach swojej działalności marzył o tem, aby stać się czasopismem, służącem nie jednej dzielnicy naszej, lecz wszystkim. Dietl w mowie rektorskiej powiedział: »Nie traćmy, Panowie, nadziei, iż nam z czasem wolno będzie powitać w naszych murach braci z tamtych części kraju. Niech nas wtenczas garnąca się do nauk młodzież znajdzie gotowych i tak usposobionych, iżby jej nic do życzenia nie pozostało. Niech nasz Uniwersytet będzie jasną pochodnią dla wszystkich ziomków wyższego oświecenia pragnących, niech będzie wielkim sztandarem, pod którym wszyscy zwolennicy nauki ze wszystkich ziem Polski snadnie gromadzić się mogą«. — »Przegląd Lekarski« w odezwie od redakcyi, zamieszczonej w końcu pierwszego rocznika, pisał, iż liczy »na wszechstronną pomoc od lekarzów wszystkich ziem polskich«, gdyż cele jego nie są osobiste, lecz obliczone ku rzeczywistemu pożytkowi nauki i lekarzy, jak niemniej ku powszechnej pomyślności. »Przegląd« pragnie stać się »objawem rodzimym tętniącego po całym kraju pomiędzy lekarzami życia naukowego, z którego i dla ogółu błogie spłynąć muszą korzyści«[51]).

Bardzo ciężkiem było pierwsze dziesięciolecie dla »Przeglądu«, musiał on bowiem walczyć z obojętnością ogółu lekarzy. W takich warunkach, mimo najszczerszych chęci jego redaktorów, rozwijać się należycie nie mógł. Wielką jest przeto zasługa tych, którzy mimo ciężkich warunków nie dali czasopismu upaść, ufni, że z czasem przełamie ono trudności i przyczyni się do ożywienia ruchu naukowego wśród lekarzy polskich wogóle, a galicyjskich w szczególności, wśród których panowało dziwne jakieś otrętwienie umysłowe. Najwięcej pracy w redagowanie »Przeglądu« w pierwszym jego okresie włożyli zapewne Majer, Skobel, Oettinger i Zieleniewski, gdyż oni najdłużej w Komisyi redakcyjnej pozostawali. Starali się oni dobierać do swego grona kolegów młodszych, którzyby do wspólnej pracy świeży zapał wnosili. I tak po ustąpieniu Dietla w lutym r. 1867 do Komisyi redakcyjnej powołani zostali St. Janikowski, Madurowicz i Rydel, a po ustąpieniu Zieleniewskiego w listopadzie 1870 roku, miejsce jego zajął Lutostański. Wszyscy oni zasilali »Przegląd« swojemi pracami oryginalnemi, a jakie nadto zasługi dla »Przeglądu« położył w tym okresie każdy z nich, tego nie da się dokładnie ocenić.

Taki np. Bryk, jeden z współzałożycieli »Przeglądu«, siła bardzo pożądana w Komisyi redakcyjnej ze względu na swoją wiedzę i zdolności, położył prawdopodobnie jednak niewielkie zasługi dla »Przeglądu«, gdyż już w połowie r. 1864 ustąpił z redakcyi z powodu jakiegoś nieporozumienia[52]). Zresztą przeszło na rok przed swojem ustąpieniem z redakcyi przestał już do »Przeglądu« pisywać. Był to dość dziwny człowiek: »choć z rodu polskiej narodowości, przez swe wykształcenie, uzyskane w Wiedniu, przez służbę wojskową i stosunki domowe czuł się raczej Niemcem«[53]), mimo że przez długie lata był profesorem w Uniwersytecie Jagiellońskim, najpierw medycyny sądowej, a po śmierci Bierkowskiego profesorem chirurgii.

Nierównie większą zasługę od Bryka położył Michał Zieleniewski, pisarz bardzo płodny. Wiele ze swoich prac wydrukował w »Przeglądzie«, którego był współredaktorem od założenia aż niemal do końca r. 1870. Potem redagował »Krynicę, czasopismo poświęcone ojczystym zakładom zdrojowo-kąpielowym«, które wychodziło w Krakowie przez pięć lat (1873—1877).

Większą niewątpliwie zasługę, aniżeli dwaj poprzedni redaktorowie, położyli w redagowaniu i podtrzymywaniu »Przeglądu« w pierwszem dziesięcioleciu Majer, Skobel i Oettinger. Łączyło ich wielkie poczucie obowiązku, gorąca chęć krzewienia nauki i niepospolite znawstwo języka. Im to głównie zawdzięcza »Przegląd« swoją wzorową polszczyznę i staranne pod każdym względem wydanie, nie mówiąc już o tem, że i oni, podobnie jak i inni redaktorzy, zasilali »Przegląd« pokaźną liczbą prac swoich.

Majer, człowiek dużych zdolności, mąż o charakterze nieugiętym, położył wielkie zasługi dla rozwoju nauki w Polsce i jako nauczyciel uniwersytecki, i jako pisarz naukowy, i jako długoletni prezes Towarzystwa Naukowego, a potem pierwszy prezes Akademii Umiejętności. Wraz z Dietlem należał do najdzielniejszych obrońców języka polskiego w Uniwersytecie. Gdy w r. 1854 rząd wprowadził do Uniwersytetu Jagiellońskiego język niemiecki, Majer nie zgodził się w tym języku wykładać, wobec czego musiał wkrótce z katedry fizyologii ustąpić i wykładać antropologię, jako przedmiot studyów nieobowiązkowy. W kilka lat potem, gdy język polski w Uniwersytecie został przywrócony, Majer ponownie zajął katedrę fizyologii. Położył on wraz ze Skoblem wielkie zasługi również na polu słownictwa lekarskiego polskiego. Wogóle Majer wraz ze Skoblem niejedną wspólną pracę wykonali: wspólnie swego czasu redagowali »Rocznik Wydziału Lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim«, wspólnie układali słownik anatomiczno-fizyologiczny, wspólnie wreszcie i »Przegląd« redagowali.

Skobel, podobnie jak Majer, należał do nader sumiennych i pracowitych profesorów. W piśmiennictwie naukowem pozostawił liczny poczet prac. Purytańskich obyczajów w życiu prywatnem, surowych zasad, nieposzlakowanej prawości, był wzorem zacnego obywatela. Znawca wyborny języka ojczystego dbał bardzo o jego czystość i usilnie przykładał się do ochronienia go od skażenia[54]).

Znakomicie nadawał się do pracy redakcyjnej wraz ze Skoblem Józef Oettinger, również gorący języka polskiego miłośnik, człowiek charakterem swoim i postępowaniem z ludźmi zjednywający sobie ogólną życzliwość, czego dowodem był uroczysty obchód 70-ej rocznicy jego urodzin, w którym brał udział i Wydział Lekarski Uniw. Jagiell. i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, i inne podobne instytucye[55]). Znawca historyi medycyny, dzielił zami-

[51]) Przegląd Lekarski. 1862. Nr. 38.

[52]) Przegląd Lekarski 1864. Nr. 25, str. 190.

[53]) L. Wachholz. Sto lat istnienia katedry medycyny sądowej w Uniw. Jag. Przegl. Lek. 1905.

[54]) St. Janikowski. S. p. Fryderyk Kazimierz Skobel. Przegląd Lek. 1876. Nr. 49, str. 511.

[55]) Uroczystość jubileuszowa prof. Józefa Oettingera. Przegląd Lek. 1888. Nr. 19 str. 267.

łowanie do tego przedmiotu ze Skoblem, a zwłaszcza z Majerem. Przez długie lata wykładał w Uniwersytecie Jagiellońskim historyę medycyny. Brał czynny udział w redagowaniu »Przeglądu« od samego jego założenia, z początku jako zastępca »zarządcy bióra« redakcyjnego, Zieleniewskiego, potem od października 1862 r. jako członek redakcyi, a wreszcie jako redaktor główny [56]). On to prawdopodobnie napisał w imieniu redakcyi wszystkie odezwy, drukowane w jednym z końcowych numerów każdego niemal rocznika »Przeglądu« w pierwszem jego dziesięcioleciu. Niektóre z odezw są podpisane początkową literą jego nazwiska, a w spisach rzeczy podane jako jego; inne, całkiem bezimienne, kwiecistością stylu naprowadzają na domysł, że i ich autorem był Oettinger. Odezwy rzeczone są wymownym dowodem wielkich trudności, jakie redakcya »Przeglądu« przełamywać musiała w rozwijaniu swego programu. W odezwie, wydrukowanej w końcu pierwszego rocznika, redakcya, zapraszając gorąco lekarzy do współpracownictwa, wspomina o niepomyślnych warunkach, w których pismo wychodzi [57]). — W rok potem redakcya pisze: »Z pociechą wspominamy, że w Przeglądzie lekarskim spotykały się prace naukowe ze wszystkich ziemi polskiej zakątków«. Utyskuje jednak, że spodziewany zasiłek naukowy od kolegów galicyjskich najmniej dopisał [58]). W końcu trzeciego rocznika ponawiają się żale na brak poparcia »Przeglądu« ze strony lekarzy galicyjskich. »Wśród znojnej naszej wędrówki, — pisze redakcya — zdawało się niekiedy, iż po bezludnej stąpamy pustyni, zblizka nie dochodził nas najmniejszy pojaw życia, najlżejsze drgnięcie obcego głosu, tylko głuchy oddźwięk własnych samotnych kroków odbijał się jednostajnie o wytężone ucho nasze. Zdala jedynie, od Warszawy lub Podola dolatywały niekiedy oznaki żywego spółudziału«... »Ciekawym zaś zawsze dla badacza dziejów piśmiennictwa ojczystego pozostanie ten fakt szczególny, że w kraju tak rozległym jak Galicya, w którym niemało jest lekarzów, nieszczupła liczba szpitalów a dość rozgałęziona służba zdrowia, w kraju bliższym i przystępniejszym silnemu prądowi cywilizacyi zachodniej, niż ziemie polskie, zostające pod panowaniem rosyjskiem, daleko mniej niż w tych ostatnich objawia się ruchu naukowego«. Po tych słowach zwraca się redakcya z usilną prośbą do lekarzy w Galicyi, aby zasilali »Przegląd« wiadomościami, jeśli już nie naukowemi, to przynajmniej treści potocznej, takiemi, jak wykazy ruchu chorych, wiadomości o panujących chorobach, o stosunkach lekarzy do publiczności, o odznaczeniach ich, o wypadkach śmierci kolegów i t. p. rzeczach. »Rzeczy to drobne, — pisze redakcya — nie wymagające ani trudu ani zachodu, a przecież nader byłyby pożądane, jako ogniwa wzajemnego zbliżenia i zaznajamiania się« [59]). Słuszność nakazuje przyznać, że redakcya dużo robiła, aby wytworzyć pewną spójnię między »Przeglądem« a tymi, dla których był przeznaczony. Żeby zaś zachęcić autorów do pisywania artykułów oryginalnych, mimo iż nie obiecywała im w pierwszym roku istnienia »Przeglądu« żadnych honoraryów, postanowiła w drugim roku ze szczupłych funduszów swoich płacić honorarya, a nawet zapłacić je autorom, których prace w pierwszym roczniku umieszczone zostały [60]). — Lecz próżne zrazu były te nawoływania do wspólnej pracy. W końcu czwartego rocznika z goryczą pisze redakcya: »Taż sama dokoła spiekota powszechnej niemal obojętności, taż sama sucha jałowość umysłowego otrętwienia, z tą tylko różnicą, żeśmy się z tym brakiem życia nieco więcej oswoili«. Mimo tego »Przegląd« nie cofa się z obranej drogi. »Cóż nas do tego zniewala? — zapytuje redakcya — jestże ta wytrwałość usprawiedliwiona? wartoż ponosić trudy, z których nikt lub mało kto chce korzystać«? Na to odpowiada, że, wierząc w lepszą przyszłość, będzie jak sygnaturka dopóty dzwonić a dzwonić, »aż się kochani koledzy poruszają«. Swój długi, piękny, bezimiennie napisany artykuł kończy redakcya satyrycznym ustępem, w którym pisze, że wielka liczba lekarzy »miałaby zresztą najlepsze chęci wspierania naszego czasopisma i piśmiennictwa w ogólności, ale trzebaby tylko nie żądać od nich naprzód współpracownictwa, 2-gie przedpłaty, 3-cie czytania dziennika choćby ofiarowanego i przesłanego darmo; bo jakoś niczego im się nie chce, jako wygodnisie, jako fruges consumere nati pragnęliby, aby im słodkiego snu nie przerywano. Ależ właśnie sen ten jest trucizną umysłową, wyrwać się z niego powinni koniecznie, potrzeba tylko chcieć, ale chcieć stanowczo, bo silna wola jest już połową wykonania« [61]). — Wreszcie zaczęły się spełniać marzenia redakcyi »Przeglądu«. W grudniu 1866 roku, kończąc piąty rok pracy, pisze ona z radością, że »ruch naukowo-lekarski ożywił się na całej rozległej przestrzeni ziemi polskiej« [62]). Jako pomyślną wróżbę dla »Przeglądu« pozdrawia redakcya świeżo zawiązane Towarzystwo Lekarskie Krakowskie. W końcu szóstego rocznika z pociechą wyznaje, że liczba współpracowników »Przeglądu« wzrasta i że się podnosi wartość nadsyłanych prac [63]). Zdawałoby się, że się już skończył dla »Przeglądu« okres zmagania się z trudnościami, wynikającemi z obojętności ogółu lekarzy w Galicyi. Tak jednak nie było, bo oto w końcu siódmego roku znów redakcya wynurza żal, pisząc: »Miałażby rozległa Galicya z blizko 5-milionową swą ludnością nie módz utrzymać jednego czasopisma lekarskiego?«. Skarży się »Przegląd« nie tylko na brak zainteresowania się nim ze strony lekarzy galicyjskich, lecz i na surowe i bezwzględne krytyki, jakie go spotykają. Przyznaje, że czuje aż nadto dobrze, czego mu niedostaje: »Otóż szerszego rozwoju i większej obfitości; ależ to rozszerzenie zawisło jedynie od większego spółudziału i większej liczby czytelników«. »Daj Boże, — pisze w końcu redakcya, — aby dla Przeglądu Lekarskiego skończyły się lata próby! aby jego wojna z obojętnością nie była dłuższą niż siedmioletnia« [64]). Niestety, nie spełniły się te pobożne życzenia. Obojętność trwała dalej, bezwzględne krytyki nie ustawały. W r. 1868 jeden z młodych wówczas autorów, dziś wielce zasłużony dla społeczeństwa lekarz, pisał tak o »Przeglądzie«: »O całości redakcyi Przeglądu nie wiele da się powiedzieć, a raczej powiedzieć można, że niema w nim żadnej całości, żadnego planu. Dla kogo to pismo

[56]) Przegl. Lek. 1867. Nr. 8. str. 57.
[57]) Przegl. Lek. 1862 Nr. 38.
[58]) Przegl. Lek. 1863. Nr. 52, str. 409.
[59]) Przegl. Lek. 1864. Nr. 52, str. 410.

[60]) Przegl. Lek. 1863. Nr. 9, str. 72.
[61]) Przegl. Lek. 1865. Nr. 52, str. 409.
[62]) Przegl. Lek. 1866. Nr. 52, str. 409.
[63]) Przegl. Lek. 1867. Nr. 52, str. 409.
[64]) Przegl. Lek. 1868. Nr. 52, str. 429—430.

jest wydawanem« ?[65]) W roku zaś następnym jeden z lekarzy nadesłał »Przeglądowi« »artykulik«, w którym zarzuca redakcyi: »usypiającą jednostajność w poglądzie na przysposobienie materyału«, »wieczną tożsamość w wnętrznym ustroju« i »zastarzałą obojętność na czas teraźniejszy« [66]). Takie oto słowa »zachęty« i »uznania« spotykały redakcyę za jej szerokie dążenia do rozwoju »Przeglądu« i za skrzętną pracę redaktorską, »począwszy od ogólnego układu i przysposobienia artykułów, ich ogłady, poprawności loicznej i językowej, aż do nudnej korekty drukarskiej i mozolnego wygotowania spisu rzeczy rocznego« [67]). Tem większa zasługa redaktorów »Przeglądu«, których praca była całkiem bezinteresowną, że wytrwali w takich warunkach w pracy, nie dając upaść czasopismu.

W drugiej połowie pierwszego dziesięciolecia założycielom i pierwszym redaktorom »Przeglądu«: Majerowi, Oettingerowi, Skoblowi i Zieleniewskiemu dzielnie pomagali nowi współredaktorowie: Madurowicz, Rydel, St. Janikowski i Lutostański.

Maurycy Madurowicz, profesor położnictwa w Krakowie, zasilał obficie »Przegląd« sprawozdaniami z piśmiennictwa lekarskiego obcego; drukował w nim także prace oryginalne. Był to niepospolicie utalentowany, a zarazem nader sumienny pedagog. Aby nie opuszczać wykładów, jeździł na narady lekarskie poza Kraków tylko w dnie wolne od wykładów, w święta lub nocami. Wykształcił z pośród asystentów swoich cały szereg wybitnych położników i ginekologów, z których niektórzy pozajmowali potem katedry uniwersyteckie. Napozór szorstki, w gruncie rzeczy uczuciowy, dbał bardzo o powodzenie swoich uczniów, sam usuwając się na dalszy plan. Mówiono swego czasu, że lepiej być uczniem Madurowicza, niż samym Madurowiczem [68]). W pełnieniu przyjętych na siebie obowiązków nadzwyczaj skrupulatny, był bardzo pożytecznym członkiem redakcyi »Przeglądu« [69]).

Do podobnie pilnych współpracowników »Przeglądu« jak Madurowicz, należał L. Rydel, wybitny okulista, wyborny pedagog [70]), docent, a potem profesor chorób ocznych w Un. Jag. Zamieścił on w »Przeglądzie« niemało prac oryginalnych; należał również do pilnych współpracowników jego w dziale sprawozdawczym.

Jednym z najzasłużeńszych redaktorów »Przeglądu«, a zarazem jednym z najbardziej płodnych jego współpracowników był Stanisław Janikowski. Powołany z Warszawy na katedrę medycyny sądowej w Uniwersytecie Jagiellońskim, w r. 1866 przyjeżdża do Krakowa, jako znany już pisarz naukowy i jako zasłużony redaktor »Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warsz.«, który aż do opuszczenia Warszawy znakomicie przeszło przez trzy lata redagował. Zanim jeszcze myślano o powołaniu Janikowskiego do Uniwersytetu Jagiellońskiego, imię jego znane już było dobrze w naukowym świecie krakowskim. W r. 1863 »Przegląd Lekarski« pisząc w dziale »Rozmaitości« o »Tygodniku Lekarskim«, redagowanym przez Natansona, wspomina temi słowy o Janikowskim: »Obok głównego redaktora, znakomitego jeszcze na tej samej niwie napotykamy spółpracownika, któregobyśmy Tygodnikowi pozazdrościć mogli, gdybyśmy go temuż z całego serca nie winszowali. Mówimy o Drze Stanisławie Janikowskim. Prace jego celują głęboką i wielostronną nauką, tudzież jasnym i pięknym wykładem. Stanowią one niepoślednią ozdobę dziennika« [71]). Nie dziw wobec tego, że, skoro Janikowski objął katedrę w Krakowie, wita go »Przegląd« serdecznie, rokując sobie wielką pomoc z jego współpracownictwa [72]). W lutym r. 1867 zostaje Janikowski zaproszony do Komisyi redakcyjnej i od tego czasu przez 10 lat przyczynia się wielce do rozwoju »Przeglądu«. Przez lata 1870 i 1871 był razem z Oettingerem głównym redaktorem. Gdy Towarzystwo Naukowe Krakowskie przeobrażało się w Akademię Umiejętności, Oddział nauk przyrodniczych i lekarskich oddał »Przegląd« na własność Janikowskiemu i Lutostańskiemu [73]), którzy, dobrawszy do swego grona Grabowskiego, wydawali go przez 1872 rok. Wtedy »Przegląd« znacznie się podniósł, rozmiary jego zostały zwiększone, a nadto wymienieni trzej redaktorowie wydawali osobny dodatek do »Przeglądu« p. t. »Dwutygodnik higieny publicznej krajowej«, którego szpalty przez cały rok wypełniali głównie swojemi pracami. Po roku, doznawszy strat materyalnych, wydawcy ustąpili »Przegląd« Towarzystwu Lekarskiemu Krakowskiemu, którego stał się on organem a zarazem organem Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich we Lwowie. Na-



NAPOLEON CYBULSKI
adm. 1889—1895
Według fotografii ze zbrorów Muzeum histor. medyc. polskiej.

---

[65]) Klinika. 1868. Nr. 23, str. 388.
[66]) Przegl. Lek. 1869. Nr. 6, str. 48.
[67]) Przegl. Lek. 1870. Nr. 53, str. 419.
[68]) Mars. Prof. Maurycy Jelita Madurowicz. Przegl. Lekarski 1894. Nr. 3, str. 29—31.
[69]) Dosadną charakterystykę Madurowicza skreślił Blumenstok w Przegl. Lek. 1888. Nr. 2, str. 28—30.
[70]) Fr. Sroczyński. L. Rydel (Wspomnienie pośmiertne). Przegl. Lek. 1895. Nr. 18, str. 261—3.
[71]) Przegl. Lek. 1863. Nr. 1, str. 8.
[72]) Przegl. Lek. 1866. Nr. 52, str. 410.
[73]) Przegl. Lek. 1871. Nr. 49, str. 386.

czelnym redaktorem został Janikowski i był nim do końca r. 1876. »Przegląd«, redagowany bardzo umiejętnie, zaczął się rozwijać coraz lepiej. W parze z tem szedł przyrost prenumeratorów. Już w r. 1874 nie tylko »Przegląd« spłacił pożyczkę w ubiegłym roku zaciągniętą, ale nadto mógł z własnych funduszów wyznaczyć nagrodę w kwocie 50 złr. za najlepszy artykuł, który się ukaże w pierwszem półroczu 1875 r. [74]).

Janikowski znakomicie nadawał się na kierownika tygodnika lekarskiego. Człowiek zdolny i niezwykle pracowity, uczony, umysłem bystrym obdarzony, znawca języka ojczystego i słownictwa lekarskiego polskiego, którego był jednym z twórców, wniósł on niemałe ożywienie do »Przeglądu«. Sam pisywał bardzo wiele prac, zwłaszcza z medycyny sądowej, z higieny publicznej i z dziejów medycyny w Polsce. Hasłem życia jego było mało mówić, a wiele robić. To też, mimo że śmierć zabrała go w pełni sił twórczych (umarł na dur wysypkowy, mając lat 48), pozostawił po sobie duży dorobek naukowy. Taktem i dobrocią potrafił on zjednywać sobie życzliwość ludzi, a »Przeglądowi« oddanych mu współpracowników, z którymi serdecznie się żegna, ustępując z redaktorskiego urzędu, na którym niejednej doznał przykrości, zwłaszcza pod koniec pełnienia tego urzędu [75]). O Janikowskim mówi Oettinger, że był on jednym z najzacniejszych, najmilszych i najbardziej zasłużonych towarzyszów pracy [76]). Prócz »Przeglądu« redagował wspólnie z Grabowskim w r. 1876 »Dwutygodnik hygieniczny«, wychodzący jako dodatek do »Przeglądu«. Po ustąpieniu zaś z redakcyi tego ostatniego czasopisma, założył wspólnie z Grabowskim »Dwutygodnik medycyny publicznej«, jako organ Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich. »Dwutygodnik« rzeczony wychodził od r. 1877 pod redakcyą Janikowskiego, Grabowskiego, Różańskiego, od 1878 pod redakcyą Janikowskiego, Grabowskiego i L. Feigla, a od r. 1880 pod wyłączną Janikowskiego redakcyą. W połowie 1880 r. pismo to przestało wychodzić [77]).

Do ożywienia treści »Przeglądu« niemało przyczynił się także Bolesław Lutostański, który w końcu roku 1870 wszedł do Komisyi redakcyjnej w miejsce Zieleniewskiego. Zaraz potem pojawiły się w »Przeglądzie« wstępne artykuły jego pióra, czyli tak zwane artykuły redakcyjne, których zwłaszcza dużo zawiera tom z r. 1871. Lutostański porusza w nich i omawia takie sprawy, jak reformę szpitali krajowych, warunki zdrowotne miast, miasteczek i wsi, rozporządzenie ministeryalne w sprawie higienicznej reformy szkół publicznych i t. p. sprawy. Przez cały czas, w którym był współredaktorem »Przeglądu«, a więc do końca 1872 r., brał bardzo gorliwy udział w jego redagowaniu. Położył również spore zasługi na polu higieny. Był on pierwszym redaktorem »Przewodnika Higienicznego«, miesięcznika popularnego, który wychodził w Krakowie przez kilka lat, poczynając od r. 1889. Miesięcznik ten zaraz w pierwszym roku przeszedł pod redakcyę Henryka Jordana i był przezeń w ciągu lat sześciu świetnie redagowany. Znajdujemy tam między innymi artykuły takich współpracowników, jak Browicza, Buszka, Cybulskiego, Gluzińskiego, Grabowskiego, Krokiewicza, Kwaśnickiego, Obalińskiego, Pieniążka, Schaittra i in. — Lutostański położył niemałe zasługi nie tylko na niwie czasopiśmiennictwa lekarskiego, lecz i około prac przygotowawczych do założenia wodociągów w Krakowie. Nie mógł on jednak rozwinąć wszechstronnie swej działalności, bo nie pozwoliły mu na to okoliczności. Jordan charakteryzuje go jako »jednego z najdzielniejszych higienistów ostatnich dziesiątków lat, człowieka wyjątkowej inteligencyi i kolosalnej wiedzy, które zawsze dla dobra kraju zużytkować usiłował« [78]). Niestety, dotknęła go zła wola kolegów, która mu złamała przyszłość [79]). A gdy i później doznał krzywd od ludzi, zgorzkniał, przerzucił się na pole dziennikarskie, pracując kilka lat, jako członek redakcyi »Nowej Reformy«. Przestawszy być współredaktorem »Przeglądu« z końcem kwietnia r. 1872, nie zerwał jednak z nim stosunków, a nawet należał do Komisyi redakcyjnej w r. 1877, a więc już za redaktorstwa Blumenstoka-Halbana, który właśnie z początkiem tego roku objął redakcyę »Przeglądu« i kierował nim aż do końca 1892 r.

Okres, w którym Leon Blumenstok-Halban redagował »Przegląd«, należy do świetnego okresu jego rozwoju. Podniósł on jego wartość zarówno wewnętrzną, jak i zewnętrzną. Co prawda, miał on zadanie ułatwione przez poprzedników, którzy wytrwałą pracą potrafili w końcu przełamać, przynajmniej do pewnego stopnia, obojętność lekarzy galicyjskich względem »Przeglądu«. Do spopularyzowania tego czasopisma przyczynił się zwłaszcza Janikowski, za którego czasów treść »Przeglądu« była bardziej, niżeli dawniej urozmaicona, mianowicie artykułami redakcyjnymi i tak zwanemi wspominkami historycznymi, umieszczanymi w końcu każdego numeru [80]). A lubo Blumenstok zadanie miał niewątpliwie łatwiejsze, aniżeli poprzednicy jego, położył nie mniejsze od nich zasługi, bo w ciągu 16-letniej pracy redaktorskiej rozbudził ruch naukowy wśród lekarzy galicyjskich w takim stopniu, w jakim go nigdy przedtem nie było. »Przegląd«, redagowany wybornie, zjednywał sobie coraz więcej zwolenników, przez co byt jego materyalny stał się zapewniony [81]). Niewykłe zdolności, obszerna wiedza, duża pracowitość, sumienność, wielka energia, grun-

[74]) K. Grabowski. Spis prac zawartych w 25 rocznikach Przeglądu Lek. (1862—1886). Kraków 1887. str. VI.

[75]) Przegl. Lek. 1876. Nr. 53, str. 568.

[76]) J. Oettinger. Stanisław Janikowski. (Wspomnienie pośmiertne). Przegl. Lek. 1881. Nr. 20, str. 271—3.

[77]) J. Oettinger. St. Janikowski l. c.

[78]) H. Jordan. Dr Bolesław Lutostański. (Wspomnienie pośmiertne). Przewodnik Higieniczny 1890 Nr 3 str. 84—6.

[79]) W wspomnieniu pośmiertnem o Lutostańskiem (Przewod. Hig. 1890, str. 84) tak pisze o tem Jordan: »W roku 1875 powołano go do Iwonicza jako dyrektora i lekarza kąpielowego zakładu; tu jednak znalazł zawistnych rywali, którzy, korzystając z tego, iż Lutostański dyplomu swego heidelbergskiego w Austryi nie nostryfikował, postarali się o to, że mu praktyka lekarska przez władze wzbronioną została. To dotknęło go bardzo i — śmiało rzec można — złamało przyszłość jego, która dotąd zdawała się jak najświetniejsze rokować mu widoki«.

[80]) Wspominki te zawierały lapidarne wiadomości z dziejów historyi medycyny, np. »17 stycznia 1611 r. Walenty Fontanus, Dr medycyny, odbył dysputę w Akademii krakowskiej na stopień profesora. Był biegłym matematykiem, jakoteż urzędowym astrologiem magistratu krakowskiego«; lub »Dnia 4 marca 1594 r. uzyskał stopień Dr med. w Krakowie Sebastyan Petrycy z Pilzna, profesor w Wydziale lekarskim, lekarz przyboczny Bern. Maciejowskiego, bisk. krakowskiego, ubogich i szkół wielki dobrodziej« i t. p.

[81]) A. Kwaśnicki. Sprawozdanie z dwudziestopięcioletniej działalności Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego (1866—1881) Kraków 1891, str. 13.

towna znajomość nie tylko piśmiennictwa lekarskiego, lecz i literatury pięknej, i to zarówno rodzimej jak i obcej, niepośledni talent pisarski, subtelne poczucie czystości języka — wszystko to były przymioty, które pozwalały Halbanowi znakomicie prowadzić »Przegląd« i które mu zjednały zaszczytne imię w dziejach nauki i w dziejach Wszechnicy Jagiellońskiej, w której był profesorem medycyny sądowej. Pracom redaktorskim poświęcał tyle czasu, że z tego powodu zaniechał nawet napisania podręcznika [82]), zamówionego, co prawda, przez obcą firmę wydawniczą. Aby się przekonać o tem, jak wysoko podniósł się »Przegląd« za czasów Halbana [83]), dość porównać pierwszy tom, który wyszedł pod jego redakcyą, z jednym z późniejszych również przezeń redagowanych: we wszystkiem znać postęp duży, a nawet strona zewnętrzna wiele zyskała; ze skromnego tygodnika stał się »Przegląd« obszernem czasopismem, najlepiej redagowanem ze wszystkich tygodników lekarskich polskich. Oczywiście, i wtedy miał »Przegląd« jeszcze niedostatki, jak je ma i dzisiaj, ale zapominać nie trzeba o tem, że nie wszystko zależy od redaktora, że mimo najszczerszych chęci nie zawsze okoliczności zewnętrzne pozwalają mu tak pod każdym względem prowadzić czasopismo, jakby sobie tego życzył. Aczkolwiek z drugiej strony zaprzeczyć się nie da, że redaktor naczelny w dużym stopniu wpływać może na rozwój czasopisma. — Z przytoczonych wyżej krótkich wiadomości o redaktorach »Przeglądu« czytelnik mógł zapewne nabrać niejakiego wyobrażenia o tem, że byli to przeważnie ludzie niepospolitych zdolności, dużej wiedzy i ogromnych zasług. Nie dziw, że »Przegląd« przez nich dzielnie kierowany, już przed kilku dziesiątkami lat zaczął się wysuwać na czoło naszych czasopism lekarskich. Lubo »Przegląd« za czasów Halbana był na ogół wybornie redagowany, należy mu jednak poczytać za wadę zbyt mały związek jego z Warszawą, tem najżywszem wówczas, obok Krakowa, ogniskiem ruchu naukowego wśród naszych lekarzy; np. w roczniku »Przeglądu« z 1879 r. znajduje się tylko jedna praca z Warszawy nadesłana. Później, jeszcze za redaktorstwa Halbana, wada ta znacznie się zmniejszyła, usunięta wszakże została zupełnie dopiero za czasów następnych redaktorów.

Halban ustąpił z urzędu redaktora z końcem r. 1892, kiedy już w jego organizmie nurtowała choroba, która w kilka lat potem położyła kres jego życiu. Następcą jego został Stanisław Domański, od r. 1871 docent, a od r. 1879 profesor patologii i terapii układu nerwowego w Uniw. Jagiell., współautor »Słownika terminologii lekarskiej polskiej«, wydanego w r. 1881. Od r. 1873 z małemi przerwami przez 20 lat zasiadał w Komisyi redakcyjnej »Przeglądu«, zanim objął urząd naczelnego redaktora. Będąc jeszcze członkiem Komisyi redakcyjnej, przyczynił się w znacznej części do tego, że »Przegląd«, który przestał w r. 1877 być organem Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, stał się nim z powrotem w r. 1880 [84]). Wskutek tego liczba prenumeratorów odrazu znacznie się powiększyła, a przeto »Przegląd« pod względem materyalnym niemało zyskał i mógł się lepiej rozwijać. W okresie czasu, w którym Domański redagował »Przegląd«, czasopismo to szło naprzód wypróbowanym już torem. — W r. 1896 w maju Prof. Domański zrzekł się redaktorstwa; przeszło ono wówczas w ręce Augusta Kwaśnickiego, który już od lat wielu przedtem brał czynny udział w redagowaniu »Przeglądu«, będąc członkiem Komisyi redakcyjnej. Wychowaniec Uniwersytetu Kijowskiego, dokończywszy studyów w Szkole Lekarskiej Stambulskiej, był przez kilka lat lekarzem pułku dragonów ottomańskich gwardyi sułtańskiej. Osiadłszy w r. 1874 w Krakowie, rozpoczął tutaj swoją działalność pisarską i jednocześnie zaczął brać nader żywy udział w sprawach Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Nie było prawie sprawy, w którejby przeprowadzeniu nie uczestniczył; brał udział w najrozmaitszych komisyach i w komitecie Towarzystwa. Redagował »Przegląd« do końca r. 1905. Żegnając Kwaśnickiego, ustępującego ze stanowiska, dotąd zajmowanego, nowa redakcya tak o jego zasługach napisała: »Po dziesięcioletniej wytrwałej pracy kierowniczej ustąpił ze stanowiska naczelnego redaktora ten, który swym trudem i zabiegami zachował i wzmocnił poważne stanowisko Przeglądu Lekarskiego wśród pism lekarskich polskich«... Zasługi jego, położone dla Towarzystwa i dla »Przeglądu«, uczciło Towarzystwo Lekarskie uroczystym obchodem w r. 1902, uchwalając portret jego, zrobiony przez Jacka Malczewskiego, zawiesić w sali posiedzeń [85]).

Od początku roku 1906 naczelnym redaktorem »Prze-



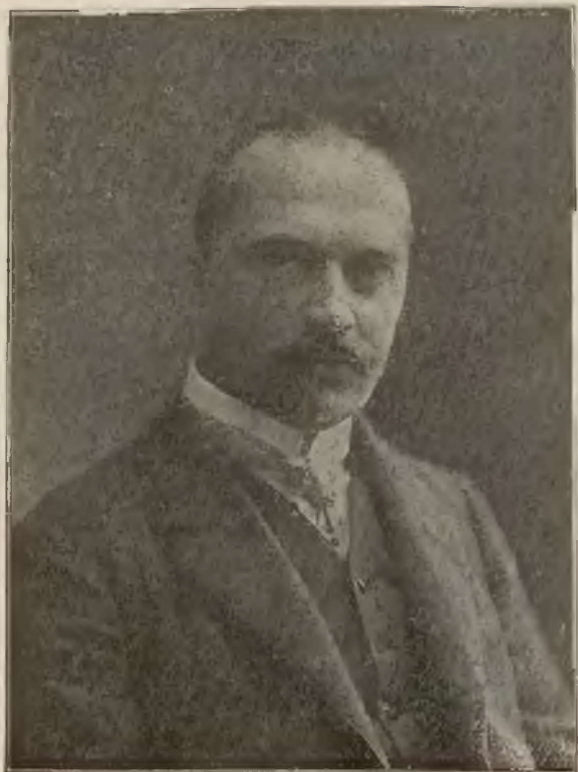
JAN RACZYŃSKI
adm. 1895—1904
Według fotografii ze zbiorów Muzeum histor. medyc. polskiej.

[82]) L. Wachholz. Leon Halban (życiorys). »Przeg. Lek.« 1897 Nr. 11 str. 129—132.

[83]) Blumenstok zmienił w r. 1892 nazwisko swoje na szlachecki przydomek rodzinny — »Halban«.

[84]) K. Grabowski. Spis prac zawartych w 25 rocznikach »Przeglądu Lekarskiego« (1862—1888). Kraków 1887. str. VII i VIII.

[85]) W czasie tego uroczystego obchodu Prof. M. L. Jakubowski i Prof. K. Kostanecki wygłosili przemówienia, w których podnieśli w serdecznych słowach zasługi Dra Kwaśnickiego. (»Nowiny Lekarskie« 1902, str. 420—423).



BRUNO WOJCIECHOWSKI
adm. od 1906

glądu Lekarskiego« jest Stanisław Ciechanowski, od r. 1897 docent, a od r. 1900 profesor anatomii patologicznej w Uniwersytecie Jagiellońskim. Nowy redaktor, podobnie jak dwaj poprzedni, zanim objął naczelne kierownictwo »Przeglądu«, pracował już przedtem długo, bo przeszło 10 lat, w Komisyi redakcyjnej, zastępując przytem corocznie redaktora naczelnego w czasie feryi letnich. Gdy Ciechanowski obejmował redakcyę, tygodnik ten nosił tytuł: »Przegląd Lekarski, organ Towarzystw Lekarskich Krakowskiego, Lwowskiego i Galicyjskiego«, teraz zaś wychodzi pod nazwą: »Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, organ Polskiego Związku Lekarzy i Przyrodników w Petersburgu, Towarzystw Lekarskich Polskich w Kijowie i Chicago, oraz Czasopismo Lekarskie, organ Towarzystw Lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego«. W zestawieniu tych tytułów odzwierciedlają się poniekąd dzieje »Przeglądu« w ostatnich kilku latach. »Przegląd« przestał być organem Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego, gdyż Towarzystwo to ma obecnie swój własny organ. Dla »Przeglądu« atoli z tą chwilą nastały cięższe czasy. Mimo tego nie obniża swego poziomu, natomiast nawiązuje stosunki z licznemi Towarzystwami Lekarskiemi polskiemi, rozproszonemi nie tylko na naszej ziemi, ale i daleko na obczyźnie. Podtrzymuje łączność z niemi, ogłaszając sprawozdania z ich posiedzeń. Połączywszy się z »Czasopismem Lekarskiem«, które przedtem w Łodzi wychodziło, nawiązuje stałe stosunki z prowincyonalnemi Towarzystwami Lekarskiemi w Kongresówce.

Już przestał być »Przegląd« czasopismem jednej tylko dzielnicy. Powiązany nićmi sympatyi z lekarzami całej Polski, ma wszędzie swoich współpracowników. Terazby się już nie powtórzyły takie rzeczy, jakie się dawniej zdarzały, n. p. że w roku 1879 nie było komu napisać w »Przeglądzie« życiorysu Józefa Mianowskiego, choć w tym samym roczniku, w którym tylko w wiadomościach bieżących i w korespondencyi z Warszawy podano kilka dat z życia zasłużonego rektora Szkoły Głównej, umieszczono obszerny, bo aż w dwóch numerach, życiorys Ambrożego Tardieu; albo że w r. 1889, gdy umarł Tytus Chałubiński, śmierć jego, prócz wzmianki w wiadomościach bieżących, nie wywołała żadnego echa w »Przeglądzie«. Teraz dopiero »Przegląd« staje się tem, czem chcieli go mieć pierwsi jego redaktorzy, a zarazem założyciele Dietl, Majer, Skobel, Oettinger, Zieleniewski; idea ich urzeczywistnia się; »Przegląd« staje się czasopismem lekarskiem ogólno-polskiem. W r. 1862 redaktorowie »Przeglądu«, wspominając o swej pracy i o swych zamiarach na przyszłość, pisali: »Sądzimy, iż licząc w tem na wszechstronną pomoc od lekarzów wszystkich ziem polskich, nie doznamy zawodu, bo cele czasopisma nie są osobiste«. Niestety, spotkał ich zawód. Lecz praca ich nie poszła na marne, gdyż »Przegląd« rozwinął się w tym kierunku, w jakim go rozwijać pragnęli. Pięćdziesięcioletni jubileusz »Przeglądu« jest przedewszystkiem uczczeniem pamięci tych, którzy kładli podwaliny jego, którzy plan budowy zakreślili, którzy wreszcie w bardzo ciężkich warunkach budowy tej początki przedsiębrali. Oceniając półwiekowy plon »Przeglądu«, sprawiedliwość przyznać nam każe, że lubo miał on i ma jeszcze niejedną wadę, zawsze służył rzetelnie nauce naszej i lekarzom naszym, a przeto pełnił uczciwą służbę społeczną. Dobrze jest rzucić czasem okiem wstecz na minioną pracę; należy to nawet czynić, aby zdać przed sobą i społeczeństwem rachunek z czynów, których się podjęło wykonać. Jubileusze instytucyi społecznych są chwilami, w których nawiązują się nici z przeszłością, z tem, co tam dobrego było, w których pielęgnuje się tradycyę pięknych myśli i szczytnych haseł. Praca społeczna wtedy największe owoce przynosi, jeśli jej przyświecają szlachetne ideały i jeśli łączy się z pracą poprzednich pokoleń. Wśród gwiazd przewodnich »Przeglądu« i w przyszłości najjaśniej świecić mu powinny te, które przyświecały Dietlom, Majerom, Skoblom, Oettingerom, Janikowskim.....

»Przegląd« nie jest obecnie jedynem czasopismem lekarskiem w Krakowie. Trzynasty już rok wychodzi tam miesięcznik p. t. »Postęp okulistyczny«, redagowany i wydawany przez Bolesława Wicherkiewicza, a od lat kilku »Rocznik Lekarski«, wydawany przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie. »Rocznik Lekarski«, redagowany od samego początku przez Stanisława Ciechanowskiego, poświęcony jest głównie pracom archiwalnym ze wszystkich działów medycyny, nie wyłączając i dziejów jej. Pomijam inne czasopisma lekarskie, które w Krakowie wychodziły lub wychodzą; mają one nierównie mniejsze znaczenie od wyżej wymienionych.

Pół wieku, to kawał naszej historyi. Cząsteczka jej odzwierciedliła się i w »Przeglądzie«. Tam nieraz zasłużeni później pisarze naukowi pierwsze kroki stawiali; tam rozpoczynający swój zawód nauczycielski docenci i profesorowie Wszechnicy Jagiellońskiej drukowali swe wstępne wykłady, w których nieraz nie tylko o jakimś ściśle naukowym przedmiocie mówili, lecz także swym marzeniom wyraz dawali, a czasem i wyznanie publiczne czynili, jak to zrobił Miku-

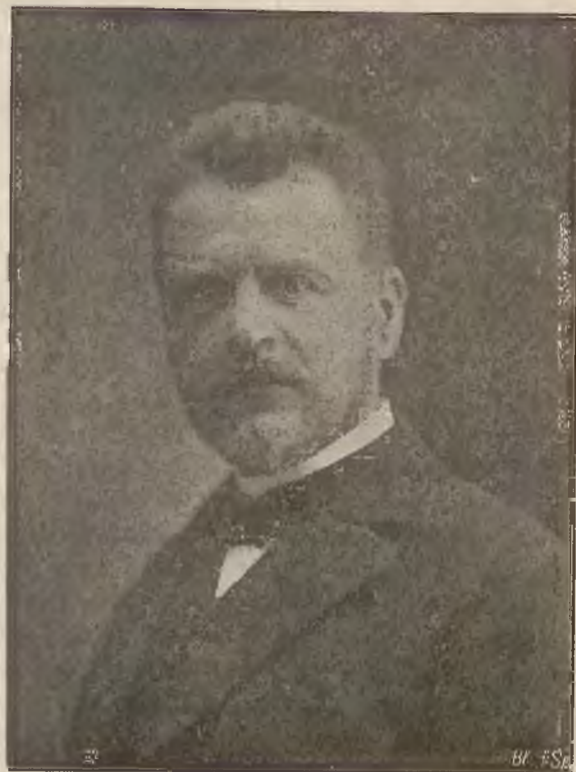
licz, który do polskości się przyznał, język polski za swój ojczysty poczytując; tam odźwierciedlał się ruch naukowy w naszych Towarzystwach Lekarskich przejawiający się; tam setki prac znajdziesz, w polskich zakładach naukowych i szpitalach wykonanych; tam spotykają się imiona współpracowników z najrozmaitszych naszej ziemi krańców i z najrozmaitszych miejsc zagranicą, gdzie tylko polscy lekarze dla nauki pracują.

Pomyślny rozwój czasopisma nie tylko od warunków politycznych oraz społecznych i nie tylko od redaktorów, oraz współpracowników zależy. Jak można być znakomitym rolnikiem i mieć ziemię urodzajną, a jednak być w biedzie, jeśli się źle administruje majątkiem, tak i czasopismo może mieć dobrego redaktora i dobrych współpracowników, a jednak nie rozwijać się należycie, jeżeli złą ma administracyę, boć przecież zaprzeczyć się nie da, że od materyalnego stanu pisma w znacznej mierze rozwój jego zawisł. Dlatego do rozwoju czasopism przyczyniają się niemało również dobrzy administratorowie, choć ani dla czytelników, ani dla tych, którzy stoją zdala od redakcyi i administracyi czasopisma, praca ich nie jest widoczna.

O rozmiarach tej pracy daje pewne wyobrażenie fakt, że »Przegląd« dziś, górując w tem nad wszystkiemi pismami lekarskiemi polskiemi, wychodzi w 1500 przeszło egzemplarzach.

W pierwszych dziesiątkach lat istnienia »Przeglądu» administracya przy niewielkich rozmiarach pisma i niewielkiej liczbie prenumeratorów nie była zapewne zadaniem zbyt trudnem, ani wymagającem wiele pracy. Z rozwojem »Przeglądu« zadania te i praca wzrastały, tak że nawet próbowano oddać administracyę fachowemu przedsiębiorcy, księgarzowi Tomaszewiczowi. Próba ta, podjęta w r. 1873 [86]), nie skończyła się jednak pomyślnie, wobec czego Towarzystwo Lekarskie odebrało »Przegląd« we własny zarząd, powierzając administracyę swemu skarbnikowi. Połączenie czynności skarbnika Towarzystwa z czynnościami administratora »Przeglądu« trwało lat kilka, poczem znowu wybierała Komisya redakcyjna osobnego administratora z grona lekarzy, członków Towarzystwa. Mimo pozostawienia jednak tego wybieralnego urzędu przez szereg lat w jednych rękach, nie była administracya dobrze prowadzona aż do r. 1889, kiedy objął ją i zreorganizował prof. Napoleon Cybulski i prowadził aż do r. 1895.— Zawsze stałem zdala od redakcyi »Przeglądu«, dlatego nie mogę wyrobić sobie dokładnego zdania, którzy z administratorów jego największe zasługi położyli. Z miarodajnego źródła dowiedziałem się jednak, że następcy prof. Cybulskiego, idąc w wytkniętym przez niego kierunku, dział sobie powierzony doskonale rozwijali. Najwięcej pracy miał prof. Jan Raczyński, prowadząc administracyę przez całe lat 10 (1895—1904), po nim objął ją prof. Stanisław Ciechanowski (1904—1905), a po jego ustąpieniu prowadzi ją dotychczas dr Bruno Wojciechowski.

Pisząc o naszych czasopismach lekarskich i wskazując wady niejednego z nich, trudno powstrzymać się od kilku przynajmniej uwag o przyczynach tych niedostatków. Tutaj powtórzyć mi wypadnie zdanie, które przed kilku laty



STANISŁAW CIECHANOWSKI
red. od 1906, adm. 1904—1905.

napisałem, udzielając obcym wiadomości o naszych czasopismach, że najwalniejszą przeszkodą do rozwoju naszych czasopism lekarskich jest zbyt wielka ich liczba [87]). Żadne pismo nasze wskutek takiego rozproszenia sił naukowych i środków materyalnych rozwijać się nie może tak, jakby mogły niektóre z nich w innych warunkach. Jedne mają mało artykułów oryginalnych, inne zaniedbany dział sprawozdawczy, a niemal wszystkie coraz gorszą szatę: druk gorszy, papier cieńszy, ilustracye lichsze. Wszystkie wymienione okoliczności przemawiają za tem, że nas nie stać na tyle czasopism lekarskich, ile ich obecnie posiadamy, że wiele z nich musi walczyć z niemałemi trudnościami materyalnemi i nie tylko materyalnemi. Dawniej nie były rzadką rzeczą w czasopismach naszych lekarskich dobre drzeworyty i ładne litografie. Teraz posługujemy się prawie wyłącznie cynkotypami, które zresztą nieźle wychodzą, lecz na odpowiednim papierze drukowane, na lichym zaś nierzadko chybiają całkiem celu. Rozwój czasopism naukowych niewątpliwie w wielkiej mierze zależy od ich wydania. Bo jeżeli autor ma do wyboru albo umieścić swoją pracę w czasopiśmie starannie i ładnie wydawanem, albo w takiem, w którem papier, druk, a często i korekta wiele pozostawiają do życzenia, to woli często drukować ją tam, gdzie będzie staranniej wydana.

Stanowczo za dużo mamy czasopism lekarskich. Namby zupełnie wystarczyły: 1) ze dwa tygodniki, umieszczające: a) krótkie artykuły, któreby można było wydrukować w jednym numerze, b) kronikę ruchu naukowego w naszych oraz w ważniejszych zagranicznych Towarzystwach Lekarskich, c) dział ocen dzieł lekarskich polskich i d) dział wiadomości bieżących, w którychby koniecznie unikać nale-

---

[86]) Przedmowa do Spisu prac zawartych w 25 rocznikach Przeglądu lek. (1862—1886). Kraków 1887.

[87]) A. Wrzosek. Polské lékařské publikace periodické. Časopis lékařů českých 1903.

żało wszystkiego, co nosi cechę reklamy, choćby w najlepszej wierze robionej, np. aby popierać młode talenta, bo czasopismo nie powinno się wysługiwać osobom, inaczej łatwo można niejedną niewłaściwość popełnić; 2) jedno czasopismo wyłącznie sprawozdawcze z piśmiennictwa obcego i naszego, byle miało stałych, dobrze płatnych, odpowiednich współpracowników; 3) jedno czasopismo np. miesięczne, poświęcone wyłącznie sprawozdaniom poglądowym, czyli tak zwanym referatom zbiorowym; 4) jedno czasopismo poświęcone sprawom zawodowym lekarzy i 5) jedno duże czasopismo archiwalne dla prac z wszystkich gałęzi medycyny. Myśli te rozwijać i szeroko uzasadniać na tem miejscu uważam za rzeczą zbyteczną. Powstawanie raz wraz nowych czasopism, nie wyłączając archiwalnych, które, acz zapowiadają się z początku dobrze, zwykle długo utrzymać się nie mogą, bo są oparte na ofiarności jednostek, nie tylko jest wyrazem wzmożonego ruchu naukowego u nas, ale poniekąd i nieskoordynowanego rozwoju naszego czasopiśmiennictwa lekarskiego. Powinniśmy dążyć do tego, aby w rozwoju jego hasłem było »non multa, sed multum«.

Z Zakładu fizyologicznego Uniwersytetu lwowskiego.

Przebieg zmian elektrycznych w układzie nerwowym środkowym.

(Praca przedstawiona na posiedzeniu Wydz. matem.-przyr. Akad. Umiej. 5. czerwca 1911).

Podał

A. Beck.

Badania zjawisk elektrycznych, towarzyszących stanom czynnym układu nerwowego środkowego, rozpoczęte przezemnie w r. 1890 w zakładzie fizyologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego[1]), prowadzone następnie przez szereg lat, wymagały uzupełnienia jeszcze w jednym kierunku. Posługując się mianowicie przy tych badaniach galwanometrem lusterkowym Wiedemanna, nie mogłem wobec bezwładności tegu przyrządu studyować, jaki jest dokładny przebieg otrzymanej zmiany elektrycznej, albowiem nawet wtedy, gdy ona jest dwukierunkową, albo składa się z większej ilości faz dwukierunkowych, galwanometr, o ile fazy te przebiegają szybko, zakrywa je, dając tylko wychylenie wypadkowe. A już zgoła niemożebną jest rzeczą przedstawić sobie obraz jej czasowego przebiegu; nawet fotografowanie wychyleń galwanometru nie mogło dać wyników pod tym wzgiędem zadowalniających.

A skoro elektrofizyologię nerwów i mięśni (mięśnia sercowego) tak znacznie wzbogaciło wprowadzenie do fizyologii galwanometru strunowego, należało się spodziewać, że przez zastosowanie tego galwanometru w badaniu prądów czynnościowych układu nerwowego ośrodkowego uda się nam również pogłębić i rozszerzyć nasze wiadomości o tych prądach i poznać ich przebieg.

Z szeregu doświadczeń, wykonanych zapomocą galwanometru Einthovena nad układem nerwowym żab, chcę tu pokrótce zdać sprawę.

Do doświadczeń posługiwałem się preparatem, złożonym z starannie wypreparowanej całej osi mózgowordzeniowej żab silnie oziębionych, przy której pozostały albo nienaruszone tylne łapki (gdy miało się drażnić skórę łapek mechanicznie lub chemicznie), albo też tylko również wypreparowany jeden lub obydwa nerwy kulszowe (nn. ischiadici). W tym drugim przypadku badałem zawsze przed samem preparowaniem nerwów, czy na podrażnienie mechaniczne skóry preparat odpowiada ruchem i tylko wtedy posługiwałem się nim do doświadczeń, gdy ruchy takie z drażnienia łapki występowały wyraźnie. Oczywiście, że gdy do doświadczeń miał być użyty preparat z nienaruszonemi kończynami, wtedy również baczono na to, czy ruch z drażnienia skóry występuje. Preparat umieszczano w komorze wilgotnej (w licznych doświadczeniach oziębiobionej), do której doprowadzano tlen. W komorze tej umieszczone były zarówno elektrody niepolaryzujące, których końce przykładano do wybranych miejsc układu nerwowego, jakoteż i elektrody platynowe, służące do drażnienia nerwu. Komora sama składała się z tacki cynkowej na nóżkach, przez którą prowadziły trzy pary otworów, zajętych przez rurki szklane dla przepuszczenia drutów do elektrod, a która posiadała na całym obwodzie rowek 1 cm. szeroki i tyleż głęboki. Rowek ten wypełniano wodą i wstawiano weń wolny brzeg kwadratowego klosza, przez którego boczne ściany przechodziła rurka dowodząca tlen, manometr wodny, oraz otwór dla termometru.

Łącząc dwa różne punkty osi mózgowo-rdzeniowej o ile możności zupełnie nienaruszonej z galwanometrem, zauważamy prawie zawsze mniejsze lub większe wychylenie, wykazujące istnienie różnicy potencyałów; izopotencyalność należy do rzadkich wyjątków. Kierunek prądu bywał w znacznie większej liczbie (81·3%) doświadczeń wstępujący, t. j. wyższa część układu nerwowego była wobec niższej dodatnią tak, że prąd płynął w łączniku i galwanometrze od części wyższej układu nerwowego ku niższej, w samym zaś preparacie od dołu ku górze. Kierunek odwrotny t. j. prąd zstępujący, zjawiał się o wiele rzadziej (16%), jakkolwiek nie należał do wyjątków. Wypadki, w których kierunek był zstępujący, tyczyły się połączeń takich, w których jedna elektroda dotykała zgrubienia lędźwiowego, druga umieszczona była na wyższej części układu nerwowego, np. na półkuli mózgu lub na rdzeniu przedłużonym. Jeżeli jedna z tych wyższych części układu nerwowego połączona była z inną częścią rdzenia kręgowego, to prąd zawsze był zstępujący. Wynikałoby z tego, że kierunek prądu jest do pewnego stopnia zależny od tego, czy z galwanometrem połączone jest miejsce, w którem nagromadzone są w większej liczbie komórki nerwowe i że obecność tych komórek warunkuje podwyższenie potencyału dodatniego.

Stałość, z jaką kierunek prądu zależy od tego, od których miejsc układu nerwowego go odprowadzamy, obja-

[1]) Beck. Oznaczenie lokalizacyi w mózgu i rdzeniu zapom. zjawisk elektrycznych. Rozpr. wydz. mat. przyr. Akad. umiej. tom 21. 1890 oraz Centralblatt f. Physiol. tom IV. 1891.

Beck i Cybulski: Weitere Untersuchungen etc. Centralbl. f. Phys. tom V. 1892. i Rozpr. akad. umiej. Tom 32. 1896.

Beck. Zjawiska elektryczne w rdzeniu pacierzowym. Rozp. Wydz. mat. przyr. Akad. Umiej. tom 41. 1901.

wia się także w tem, że nawet po dokonaniu przekroju poprzecznego (np. rdzenia przedłużonego), a odprowadzeniu prądu od tego przekroju i od powierzchni naturalnej, niezawsze prąd otrzymany jest — jakby się spodziewać należało — zstępujący, lecz często właśnie ma też kierunek taki, jak w układzie nerwowym nienaruszonym.

Widzimy tu zatem wyraźną zgodność z wynikami badań Cybulskiego na mięśniach. Gdy jednak badania Cybulskiego znaleść mogą łatwo wyjaśnienie w swoistej strukturze włókna mięsnego, nie możemy tu wobec skomplikowanej budowy i składu układu nerwowego tak łatwo kusić się o znalezienie przyczyny tego zachowania się.

Co do siły elektrobodźczej, jakiej dostarcza połączenie dwóch miejsc układu nerwowego środkowego żaby zapomocą przewodnika, to, jak wykazuje umieszczone tu zestawienie, największą jest ona przy odprowadzeniu prądu od półkul mózgowych i zgrubienia lędźwiowego, mniejszą przy odprowadzeniu od rdzenia przedłużonego i części lędźwiowej rdzenia, jeszcze słabszy jest prąd przy odprowadzeniu od półkul lub rdzenia przedłużonego i od innego miejsca rdzenia kręgowego.

Odprowadzono prąd od	Siła elektrobodźcza w miliwoltach		
	minim.	maxim.	średnie
półkul i zgrubienia lędźwiowego	6	34	18·5
rdzenia przedłuż. i zgrub. lędźw.	2·5	27	10
półkul mózgowych i środkowej części rdzenia	7	8	7·5

Kombinacye inne dawały wogóle prądy o wiele słabsze.

Dodajmy jeszcze, że prąd »spoczynkowy« nie słabnie wyraźnie w miarę trwania, że słabnie pod wpływem chloroformu i braku tlenu, a natomiast zwiększa się pod wpływem pędzlowania rdzenia rozczynem strychniny.

Prądy czynnościowe.

Celem wywołania stanów czynnych w rdzeniu, drażniono bądź skórę łapki mechanicznie lub chemicznie, bądź też po wypreparowaniu nerwu kulszowego działano na jego koniec dośrodkowy prądem indukcyjnym. Drażnienie to prądem indukcyjnym odbywało się albo zapomocą jednorazowego uderzenia tego prądu (otwarcie lub zamknięcie koła pierwszorzędnego), albo też zapomocą całego szeregu działań prądu indukcyjnego przy wprawieniu w ruch młotka Neefa lub przerywacza widełkowego.

A. Podniety elektryczne.

Rozpoczniemy od rozpatrywania wyników drażnienia pojedynczemi uderzeniami prądu indukcyjnego. Obraz, jaki się tu otrzymuje, nie jest stale jednaki. Krzywa przedstawiająca przebieg zmian elektrycznych przy drażnieniu bywa wprawdzie najczęściej podobną do wychylenia dwufazowego prądów nerwowych lub mięśniowych, ale przebieg taki nie jest regułą.

Krzywą taką mamy w ryc. 1. Prąd odprowadzono tu od rdzenia przedłużonego i zgrubienia lędźwiowego. Widzimy, że przebieg całej zmiany elektrycznej odbywa się w rdzeniu o wiele wolniej, niż w nerwach obwodowych. I tak po krótkim okresie utajonego podrażnienia, którego trwanie zależy oczywiście od długości przebytej przez stan czynny drogi po nerwie i w rdzeniu, rozwija się zmiana elektryczna, wskazująca, że część lędźwiowa rdzenia kręgowego staje się ujemnie elektryczną, zmiana ta dochodzi do maximum po 0·0098″, utrzymuje się na tem maximum przez 0·0126″, poczem zaczyna opadać; — w 0·0141″ osiąga linię zero, aby znowu dać miejsce zmianie odwrotnej (drugiej fazie), której maximum następuje po 0·028″, a kończy się zupełnie po dalszych 0·0123. Cała zmiana trwała 0·0768″.



Ryc. 1.

Zmieniając kierunek prądu indukcyjnego, zapisując zmiany elektryczne, powstające przy zamykaniu i otwarciu prądu, wreszcie stosując także prąd stały o kierunku naprzemian wstępującym i zstępującym, przekonałem się, że przebieg dwufazowy zmian elektrycznych właściwy jest samym procesom czynnym układu nerwowego i nie jest sztucznym produktem.

Opisany przebieg zmiany elektrycznej, wywołanej jednorazową szybko działającą podnietą, może mieć dwie przyczyny: jedną z nich będzie okoliczność, że stan czynny w układzie nerwowym środkowym przenosi się z szybkością znacznie mniejszą, niż w nerwach obwodowych, i jakkolwiek nawet może być chwila, w której obejmuje równocześnie oba połączone z galwanometrem miejsca układu nerwowego, to zależnie od tego, w którem z tych miejsc ten stan czynny przeważa, przeważa też i zmiana potencyału tego punktu nad drugim. Drugą przyczyną jest niewątpliwie to, że pod wpływem podniety pojawia się w rdzeniu — podobnie jak to dla mięśni i nerwów wykazał Cybulski — proces kataboliczny, po którym bezpośrednio następuje anaboliczny, czyli proces odbudowy. Że ten proces jeden i drugi trwa dłużej, niż w mięśniach, jest rzeczą, która zgadza się też z istniejącemi dotąd wiadomościami o czynności układu nerwowego środkowego. Skoro bowiem zmiana elektryczna jest wyrazem stanów czynnych samych ośrodków nerwowych, to zrozumiałą jest rzeczą, że wobec znanego faktu, iż stany czynne w ośrodkach nerwowych roz-

wijają się wolniej niż w nerwach obwodowych i pozostawiają w nich ślad dłużej trwający (zdolność sumowania), że i same zmiany elektryczne rozwijają się powolniej i trwają dłużej.

Gdy następstwem jednorazowego podrażnienia bywa najczęściej wychylenie dwufazowe, to drażnienie wielokrotne szybko po sobie następujące, t. j. całym szeregiem uderzeń prądu indukcyjnego, dawało wychylenie tylko w jednym kierunku. Krzywa, której przykład daje nam fig. 2., wznosi się dość nagle, utrzymuje się na stałym prawie poziomie, nietylko przez cały czas drażnienia, ale jeszcze po ustaniu drażnienia trwa wychylenie galwanometru czas jakiś, poczem bardzo pomału opada. Kierunek wychylenia był zawsze — gdy jedna elektroda dotykała zgrubienia lędźwiowego lub jego okolicy — tego rodzaju, iż wskazywał, że to zgrubienie stawało się elektroujemne, kierunek prądu zatem był też wstępujący. To długotrwałe wychylenie, utrzymujące się na jednakim prawie poziomie, wskazuje, że podczas drażnienia proces dyssymilacyi bierze górę nad procesem anabolicznym i że proces ten trwa przez czas dłuższy, t. j. rdzeń kręgowy odpowiada wyładowaniem czynności jeszcze długo po ustaniu działania podniety.

Na krzywej fig. 2. widać jeszcze drobne fale, odpowiadające przerwom prądu indukującego, a powstałe wsku-



Ryc. 2.

tek udzielenia się galwanometrowi gałązek prądu do drażnienia użytego. Mimo to jednak samo wychylenie główne, na którem owe fale się rozwijają, najniewątpliwiej jest wynikiem tylko prądu czynnościowego, wywołanego stanem czynnym żywej tkanki nerwowej. Albowiem te fale drugorzędne nie zawsze występowały, a nadto dowieść tego mogłem niezbicie przez doświadczenia kontrolujące, w których: a) zmieniałem kierunek prądu drażniącego, b) stosowałem środki narkotyczne, c) podwiązywałem nerw powyżej miejsca drażnienia.

Zmiana kierunku prądu nie wywołuje też wcale zmiany w kierunku głównego wychylenia wywołanego drażnieniem »tetanicznem«, i to nietylko podczas drażnienia prądem indukcyjnym, ale nawet także i wtedy, gdy stosowano przerywany prąd galwaniczny. To ostatnie może służyć za dowód niezbity, iż wychylenie, o którem mowa, nie jest wyrazem odgałęzień prądu użytego do drażnienia lub spowodowanych nim prądów elektrotonicznych. — Po podwiązaniu nerwu powyżej miejsca drażnienia znika wychylenie to natychmiast, zatrucie zaś rdzenia chloroformem powoduje zmniejszenie się wychylenia, w czasie zaś całkowitej narkozy zupełne jego ustanie. W tym ostatnim razie podczas drażnienia pozostają owe fale, wahania wywołane przez gałązki prądu drażniącego, — wychylenia zaś stałego w jednym kierunku niema wcale.

Nie we wszystkich jednak doświadczeniach przebieg wychylenia był taki, jak dopiero co opisano. W nieznacznej ich liczbie obserwować można było prócz wychylenia, wskazującego na obniżenie potencyału elektrycznego w części lędźwiowej rdzenia kręgowego, na początku chwilową krótkotrwałą zmianę odwrotną.

Zmiana ta może mieć swe źródło albo w tem, że drażnienie początkowe powoduje chwilowe zahamowanie, któremu może towarzyszy asymilacya, albo też drażnienie powoduje stan czynny, przeważający najpierw w innej części układu, której dotykała się druga elektroda (mózg, rdzeń przedł.), a potem dopiero zjawia się przewaga stanu czynnego w ośrodkach niższych rdzenia kręgowego.

Podniety mechaniczne i chemiczne.

Szereg doświadczeń wykonano celem stwierdzenia, jakie zmiany elektryczne występują w układzie nerwowym środkowym, gdy dochodzą do niego impulsy, spowodowane podnietami t. zw. odpowiedniemi, t. j. takiemi mniej lub więcej fizyologicznemi podnietami, które działają wprost na niezmienioną powierzchnię czuciową.

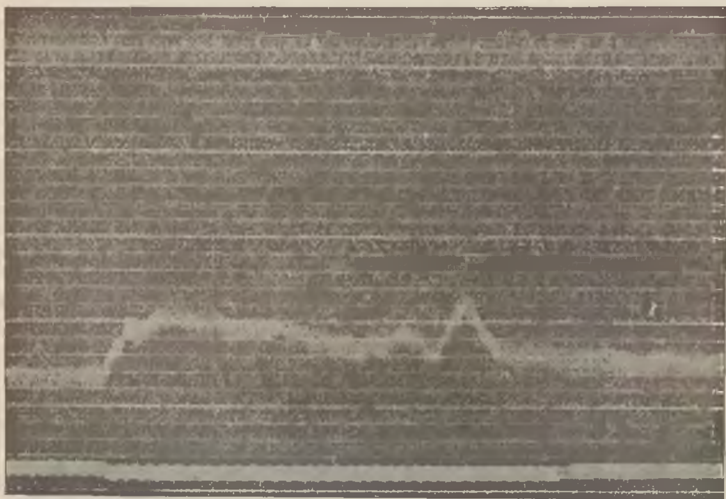


Ryc. 3.

Na nienaruszoną zatem skórę łapki stosowano podniety mechaniczne lub chemiczne i obserwowano wpływ ich na wychylenie nitki galwanometru. Drażnienie mechaniczne odbywało się przez szczypanie skóry łapki szczypczykami (pincetą) lub kłucie jej kolcem jeża (celem uniknięcia zetknięcia skóry z metalem), chemicznie zaś drażniono również skórę łapki rozcieńczonym kwasem siarkowym.

Drażnienie mechaniczne, — zależnie od jego trwania, wywołuje bądź jednorazowe wychylenie podobne do wychylenia, wywołanego drażnieniem zapomocą prądu faradycznego (ryc. 3.), albo też kilka wychyleń po sobie następujących w tym samym kierunku. Te wychylenia kilkakrotnie powtarzane występują mianowicie wtedy, gdy wskutek podrażnienia następuje szereg ruchów łapki, są one przeto wyrazem zmian elektrycznych, towarzyszących impulsom rytmicznym, które wychodzą z ośrodków nerwowych i wywołują owe ruchy. Oczywiście należy jednak wykluczyć, czy te rytmiczne wychylenia galwanometru, towarzyszące ruchom łapki, nie są wywołane zmianami elektrycznemi samych mięśni kurczących się, które to zmiany mogłyby udzielić się galwanometrowi. Wątpliwości pod tym względem usunąłem zapomocą doświadczenia, w którem przeciąłem korzonki przednie, wychodzące ze zgrubie-

nia lędźwiowego rdzenia kręgowego. W doświadczeniu tem przed przecięciem tych korzonków drażnienie mechaniczne wywoływało zmianę elektryczną, przebiegającą w postaci krzywej podobnej do ryc. 4. Po przecięciu korzonków przednich, gdy już oczywiście odruchu przez drażnienie łapki się nie otrzymywało, zmiana elektryczna pod wpływem takiego drażnienia miała przebieg również podobny do tej samej krzywej. Była ona nieco tylko niższa, co zresztą tłumaczy się łatwo nieznacznem uszkodzeniem rdzenia przy przecinaniu korzonków.



Ryc. 4.

Analogiczne zjawiska przedstawia wynik drażnienia chemicznego. Różnica w przebiegu zależy od właściwości samej podniety, rozwijającej swe działanie powoli, a utrzymującej się przez dłuższy czas, gdyż wpływ kwasu nie da się tak w jednej chwili usunąć, jak podnieta mechaniczna. Toteż widzimy tu na krzywej ryc. 5. że po okresie utajonego podrażnienia, trwającym 0·78″, a wyrażającym właściwie czas, potrzebny do zesumowania się słabych podniet chemicznych, następuje wychylenie, które utrzymuje się czas dłuższy, zależny także od czasu drażnienia. Wychylenie to przebiega bądź w formie linii jednostajnie poziomej, bądź też okazuje szereg wahań.

Nie chcąc mnożyć zbytnio liczby rycin, wybrałem właśnie taką krzywą z licznemi falami. Że wahania te, które występują szczególnie wtedy, gdy odruch sam pod wpływem drażnienia jest żywy, są wyrazem zmian elektrycznych, zachodzących w układzie nerwowym, a nie są tylko następstwem udzielenia się galwanometrowi prądów mięśniowych, przekonały nas doświadczenia takie, w których mimo żywych nieraz odruchów wychylenie było jednolite, a nie przerywane rytmicznie, i odwrotnie występowanie czasem wychyleń w postaci znacznych nieraz wahań rytmicznych przy niewidocznych wcale ruchach mięśniowych. Nadto doświadczenie z przecięciem korzonków przednich dało wynik taki sam, jak analogiczne doświadczenie z drażnieniem mechanicznem.

Cechą wszystkich zmian elektrycznych układu nerwowego środkowego, wywołanych podnietą działającą na nerw dośrodkowy, jest mniejsza lub większa różnorodność ich przebiegu. Nie spotykamy się tu z jednolitym obrazem przebiegu zmian elektrycznych, jaki przedstawia się nam w badaniu mięśni i nerwów obwodowych. Różnorodność ta występuje nietylko w różnych doświadczeniach, ale spotykamy ją także czasem — jakkolwiek rzadziej — i w przebiegu jednego i tego samego doświadczenia, nawet przy połączeniu z galwanometrem tych samych miejsc układu nerwowego.

Różnica ta między nerwami obwodowymi, a układem nerwowym środkowym leży w tem, że podczas gdy w nerwach obwodowych stan czynny, wprowadzony do włókien nerwowych przez podnietę zewnętrzną, przebiega zawsze z jednaką prawidłowością całą drogę włókien z pewną tylko różnicą w szybkości, zależną od ciepłoty otoczenia lub innych czynników, to w układzie nerwowym środkowym nie możemy się spodziewać, aby przebieg stanu czynnego był także zawsze jednolity. Jeżeli bowiem przyjmiemy, że zmiany elektryczne, obserwowane w układzie nerwowym



Ryc. 5.

środkowym, są wyrazem stanów czynnych nietylko włókien, ale także i ośrodków nerwowych, a takie przypuszczenie jest, jak to przedstawiłem w pracy swej dawniejszej [1]), zupełnie uzasadnione, to łatwo zrozumieć, że przebieg zmian elektrycznych w układzie nerwowym środkowym zależeć będzie od stanu tych ośrodków i od tego, w której okolicy układu nerwowego zajdzie wybitniejszy stan czynny. Zawsze bowiem łączymy dwa miejsca układu nerwowego z galwanometrem, w obu tych miejscach są nietylko włókna nerwowe, w których zmiany elektryczne przebiegać mogą podobnie do zmian w nerwach obwodowych, ale są i ośrodki, których czynność w wysokim stopniu wpływać musi na ten przebieg. Raz może stan czynny przeważać w jednych ośrodkach, innym razem w drugich, innym znowu razem obejmuje może tylko jedne ośrodki, gdy drugie są zupełnie nieczynne, w innym wreszcie wypadku mogą oba ośrodki jednocześnie lub kolejno wejść w stan czynny jednakiego nasilenia. Kombinacyi jest tu wiele, to też i wynik bywa różny.

Skoro więc już przy badaniu preparatu tak względnie prostego, jakim jest układ nerwowy żaby, spotykamy się ze stosunkami tak zawiłymi, nie możemy się dziwić, że badanie zjawisk elektrycznych układu nerwowego środkowego u zwierząt wyższych napotyka na tak znaczne trudności i że musimy wyniki tych badań analizować z jak największą skrupulatnością.

[1]) Rozpr. Wydz. mat. przyrod. Ak. Um. w Krakowie tom XLI. 1901. Serya B. str. 25 i 26.

Nowsze zapatrywania na sprawę zapalenia i nieżytu błony śluzowej jamy macicy

(endometritis corporis uteri).

Podał

Wł. Bylicki.

Sprawy zapalne błony śluzowej jamy macicy dzielimy na takie, które są pochodzenia zakaźnego i na takie, w których dotychczas działanie drobnoustrojów nie dało się udowodnić. Tamte przebiegają zawsze z okresem ostrym, zanim się zupełnie skończą lub przejdą w stan przewlekły, gdy te od początku przewlekle występują. W odróżnieniu zatem od tamtych nazywamy je prostym nieżytem i do tej to postaci ograniczamy się jedynie jako tej, która w ostatnich czterech latach stawała się przedmiotem skrzętnych badań i ostrych sporów.

Jako przyczyny tego nieżytu podnoszono głównie: zaburzenia w krążeniu macicznem, głównie skutkiem zmian położenia (retroflexio uteri) i nawykowego zaparcia stolca, nieprawidłowy układ krwi (niedokrwistość, blednica, białaczka), urazy porodowe (przedarcia szyi macicznej) i t. d.

Swoisto na błonę śluzową macicy działają: rozległe oparzenia ciała, zatrucia fosforem i choroby zakaźne, jak cholera, ospa, odra, płonica, dur brzuszny, grypa i zapalenie płuc. Brennecke i Czempin pierwsi zwrócili uwagę na to, że obraz nieżytowego przerostu powstaje bez zadziałania jakiegokolwiek wpływu szkodliwego na błonę śluzową lub na macicę, lecz może być pochodzenia czysto jajnikowego (oophorogene Endometritis), zatem jako zmiana czynnościowa. Myśl tę szerzej rozwinął Święcicki na Zjeździe ginekologów niemieckich w Wiedniu w r. 1895, proponując podział zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis) ze względu na pochodzenie jej, na jajnikową i zakaźną. I powstawanie włókniaków przypisuje on bodźcom naczynioruchowym, wychodzącym z jajników, w których to zapatrywaniach wtórował mu Olshausen, podnosząc częstą bezskuteczność zeskrobania błony śluzowej macicy i nawroty cierpienia.

Doléris i Peraire każdy nieżyt odnoszą do drobnoustrojów, których udowodnienie ma być tylko kwestyą czasu.

Anatomiczną podstawę dla nieżytu jamy macicy ugruntował Ruge swemi badaniami, które do niedawna za jedyne i klasyczne uchodziły. Rozróżnił on dwie postacie nieżytowe, mianowicie: gruczołową (przerost i pomnożenie gruczołów, endometritis glandularis hypertrophica et hyperplastica), i międzygruczołową (endometritis interstitialis), którąto postać należy zaliczyć do istotnie zapalnych, z powodu znacznego pomnożenia komórek okrągłych (limfocytów) w podścielisku (stroma).

Cechy kliniczne nieżytu są głównie dwie: obfite i długie krwawienie miesięczne i pozamiesięczne (menorrhagiae et metrorrhagiae) i wydzielina z jamy macicy. Jako trzeci, mniej stały objaw, pojawia się miesiączkowanie bolesne (dysmenorrhoea) i inne bóle od miesiączkowania niezależne.

Jako leczenie najskuteczniejsze uchodzi zeskrobanie »schorzałej« czyli »przerosłej błony śluzowej«, z leczeniem następowem dla uniknięcia nawrotów i z leczeniem ogólnem, gdzie tego zachodzi potrzeba.

Tak się ma sprawa nieżytu błony śluzowej jamy macicy w najkrótszym zarysie.

Zdawało się do niedawna, że stoi ona niewzruszenie, oparta o swoją podstawę anatomiczną, chociaż każdemu nasuwały się niemałe wątpliwości, mianowicie w tych wcale nierzadkich przypadkach, w których dla klinicznie rozpoznanego nieżytu nie znajdowano żadnej podstawy anatomicznej. Wieleż to bowiem razy wydarza się, że wobec bardzo wybitnych objawów spodziewamy się obfitego plonu wyskrobków zgrubiałej błony śluzowej, a otrzymujemy ledwo dostrzegalne cienkie płateczki całkiem prawidłowej błony śluzowej.

Ta okoliczność skłoniła też Veita do wypowiedzenia zdania, że z objawów klinicznych nie można nigdy rozpoznawać zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis), lecz jedynie z obrazu drobnowidowego.

Zawsześmy też byli przekonani, że obfite krwawienia pochodzą z przerosłej błony śluzowej i że kres im położy jej zeskrobanie, pomimo, że i w tym kierunku doznawaliśmy często zawodów, gdyż ono nie zawsze bywało środkiem skutecznym.

Wiedzieliśmy też bardzo dobrze, że budowa błony śluzowej jamy macicy podlega znacznym wahaniom i znaliśmy ją w okresie poprzedzającym pojawienie się krwawienia miesięcznego i w czasie samego krwawienia tak, że nie powinno się było uważać za coś niezwykłego różnych obrazów drobnowidowych z rozmaitych okresów otrzymywanych. A gdy wiedzieliśmy o tem, że te zmiany, ta falistość życia błony śluzowej zależy od jajników, więc łatwo było wnosić, że stany błony śluzowej przedmiesiączkowe mogą się nieprawidłowo przedstawiać lub nieokresowo następować bez żadnych innych bodźców, jak pochodzące od jajników. Pomimo to wyobrażaliśmy sobie błonę śluzową jako stale, niezmiennie przerosłą, w czem doznawaliśmy zawodów. Gdy zaś objawy nieżytowi przypisywane, szczególnie krwawienia, często ustawały po zeskrobaniu błony śluzowej, byliśmy najgłębszego przekonania, że ona jedynie może być źródłem krwawień z powodu owego przerostu, któregośmy często nie znajdowali.

Umieliśmy też rozróżniać przerost fizyologiczny, przedmiesiączkowy, od patologicznego. Więc za stan patologiczny uważaliśmy gęsto tuż przy sobie stojące gruczoły rozszerzone, pokręcone falisto, na przecięciu zębate jak piła, sięgające głębiej w tkankę mięsną i tam się rozgałęziające, tworzące wypustki brodawkowe ku wewnątrz i ku zewnątrz, a przedewszystkiem znacznie pomnożone. Tym wymaganiom zapewne nie wszystkie obrazy dopisywały, lecz gdy dopisały, uchodziły za cechujące dla stanu niewątpliwie chorobowego.

Tak jakby dawno oczekiwani zjawili się też Theilhaber, a głównie Hitschman i Adler przed 3 laty ze swojemi gruntownemi pracami i potężnie wstrząsnęli budową, chyba już przed nimi mocno zachwianą i wymagającą innej niż dotychczas podpory.

Theilhaber [1]) poddał badaniu bardzo wiele błon ślu-

---

1) Verhandlungen der deutschen Gesellsch. f. Gynaekologie. XII. Versamlung 1908.

zowych zupełnie zdrowych, jakoteż i takich, które z objawów klinicznych uznano za chore. Badania te wykazały, że wiele z tych zmian, które uznawano jako cechujące nieżyt, odnieść należy do odmian fizyologicznych w budowie błony śluzowej; że u kobiet, które się na nic nie skarżyły, całkiem zdrowych, znajdował drobnowidowe obrazy cechujące t. zw. »endometritis glandularis hypertr. i hyperpl«; że błona śluzowa jednej i tej samej macicy w różnych miejscach odmiennie się zachowuje. Podaje on zatem w wątpliwość istnienie »endometritis glandularis«, a za źródło krwotoków wrzekomo jej towarzyszących uważa »myofibrosis uteri«, niesprawność jej mięśni, zaburzenia w krążeniu macicznem i t. p.

Hitschmann i Adler [1]) poszli dalej i sprawę opracowali wszechstronniej, zrobiwszy tem znaczny krok naprzód, że skrzętnie zapisywali, z jakiego okresu czterotygodniowego, czyli z jakiej jego fazy badana błona śluzowa pochodziła.

Według tych autorów błona śluzowa w poszczególnych fazach okazuje tak cechujące tę fazę zachowanie się, że z obrazu drobnowidowego dają się one, czyli czas jaki minął od 1-go dnia minionej regularności, ściśle określić. — Tych faz rozróżniają oni cztery, a mianowicie: a) pomiesiączkową, b) międzymiesiączkową, c) przedmiesiączkową i d) fazę miesiączkową. Dla oznaczenia poszczególnych faz używać będziemy liter a, b, c i d, któremiśmy je oznaczyli. Zachowanie się poszczególnych części składowych w tych fazach jest następujące:

G r u c z o ł y w fazie *a* znajdujemy wązkie i proste; w fazie *b* pokręcone, w fazie *c* szerokie, okazujące wgłębienia i wypuklenia oraz wypustki brodaweczkowe ku wewnątrz, a nabłonki ich wydzielają; w fazie *d* na szczyeie krwawienia znajdujemy gruczoły częściowo całkiem już opróżnione i opadłe, a częściowo jeszcze będące w fazie *c*, czyli przedmiesiączkowej.

N a b ł o n e k. Od niego zawisła postać gruczołów, ich szerokość i długość, oraz kształt. Jest on w fazie *a* nizki, ubogi w protoplazmę, jądrem przy jądrze ustawiony; w fazie *b* staje się wyższy i obfitszy w protoplazmę; w fazie *c* komórki wydzielają, są bardzo nizkie, szerokie z blademi jądrami, szeroko rozstawionemi.

W y d z i e l i n a istnieje jedynie w fazie *c*, czyli przedmiesiączkowej.

T k a n k a ł ą c z n a pomiędzy gruczołami zawiera w fazie *a* komórki wrzecionowate, w *b* okrąglejsze, w *c* obfitujące w protoplazmę, bardzo podobne do młodych komórek doczesnej; w fazie *d* napęcznienie komórek jeszcze większe.

Po nakreśleniu wyczerpującego obrazu cech fizyologicznych poszczególnych faz przystępują Hitschmann i Adler do ocenienia, jakie zmiany patologiczne odpowiadałyby rozpoznaniu »endometritis«, i jako odpowiedź na to dają zupełne zaprzeczenie istnieniu gruczołowej postaci zapalenia błony śluzowej. Ani przerost gruczołów, ani ich pomnożenie, nie są zjawiskiem patologicznem, lećz są zjawiskiem, właściwem okresowi przedmiesiączkowemu. Błąd zaś dotychczas panujący pochodził z nieznajomości anatomii prawidłowej błony śluzowej jamy macicy i z braku zestawienia obrazów drobnowidowych z datą początku minionej regularności. Inaczej bowiem wiedzianoby, że zmiany, uważane za patologiczne, odpowiadają pewnej fazie okresów międzymiesiączkowych.

Co do istoty zapalnej drugiej postaci, mianowicie międzygruczołowej (endom. interstitialis), są Hitschmann i Adler w zgodzie z innymi. Podnoszą jednak jeden ważny szczegół. Jak wiadomo bowiem, rozpoznanie tej postaci polega na stwierdzeniu pomnożenia się komórek okrągłych śród utkania. Ocenienie jednak tego rodzaju pomnożenia się może być niepewne. Do niezawodnego zatem rozpoznania uważają Hitschman i Adler za konieczną obecność komórek plazmatycznych (Plasmazellen), jedynie w stanach zapalnych znajdowanych.

Jako odpowiedź na te wywody, zawrzała na całej linii praca nad sprawdzeniem twierdzeń tych obu nowatorów, której wyniki niżej zestawiamy.

Schwab [1]) twierdzi, że ani dla prawidłowej, ani dla chorej błony śluzowej nie istnieje obraz szkolny, gdyż tak gruczoły, jak i utkanie międzygruczołowe okazują fizyologiczne odmiany, chylące się silnie ku poszczególnym postaciom »endometritis«. Dlatego też nie istnieje żaden związek pomiędzy zmianami histologicznemi, a objawami chorobowymi, które zmuszają do klinicznego rozpoznania. Co do komórek plazmatycznych, to brak ich nie przemawia przeciw zapaleniu międzygruczołowemu, a ich obecność dowodzi jedynie pewnej świeżości sprawy lub zaostrzenia jej. — Jakkolwiek Schwab zgadza się z twierdzeniami Hitschmanna i Adlera, to jednak za nieprawidłowe uważać musi pewne postacie krańcowe gruczołów bardzo rozszerzonych, na przecięciu zębatych, stojących tuż obok siebie — »dos à dos« — obok bardzo zgrubiałej błony śluzowej.

Henkel [2]) nie potwierdza wcale tego, aby cechy faz poszczególnych były tak wybitne, jak to Hitschmann i Adler opisują. Zawsze bowiem znajdował stan wahający się pomiędzy jedną a drugą fazą i wszystkie fazy nawet obok siebie, w jednej i tej samej błonie zawsze istniejące. Podtrzymuje on też dawne pojęcie anatomiczne »endometritis«, i to głównie z jednego objawu, na jaki Hitschman i Adler nie zwrócili uwagi, a tym jest rozwój naczyń stojących w grupach. Również stany znajdowane u kobiet starszych zmuszają do uznania stanów nieżytowych. Henkel zgadza się jednak na to, że do rozpoznania zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis) konieczna jest znajomość terminu ostatniej regularności.

E. Freund [3]) uważa za objaw patologiczny torbielowate rozszerzenie gruczołów i wgłębienia ich, które w żadnej ze znanych faz nie znajdują analogii. W przypadkach, w których na kliniczne rozpoznanie nie znajdujemy dowodu anatomicznego, szukać należy przyczyny w jajnikach.

Ellerbroeck [4]) podnosi, że znajdował najdalej idące zmiany w fazie *b*, czyli w przerwie międzymiesiączkowej u kobiet z wybitnymi objawami klinicznymi.

---

[1]) Verhandl. der deutschen Ges. f. Gynaekol. XII. Versamml. 1908.

[1]) Centralbl. f. Gyn. 1907 Nr. 29.

[2]) Klinische und anatomische Untersuchungen über Endometritis. Centralbl. f. Gyn. 1909 str. 201.

[3]) Praktische Folgerungen aus der modernen Lehre der Endometritis. Centr. f. Gyn. 1909 str. 688.

[4]) Die Lehre von der chr. Endometr. Centralbl. f. Gyn. 1909 str. 682.

Büttner[1]) badał 71 razy błonę śluzową macic, leżących stale w odgięciu (retroflexio), który to stan w etyologii »endometritis glandularis« odgrywał dotychczas pierwszorzędną rolę, i nie znalazł ani razu zmian nieżytowi właściwych.

Theilhaber w późniejszej pracy z Meierem[2]) zaznaczył, że budowa błony śluzowej bywa indywidualnie bardzo rozmaita. W osobnym zaś artykule o krwotokach podnosi, że ich przyczyną bywają bardzo często zmiany w budowie i czynności warstwy macicy, których odmian fizyologicznych w różnym wieku za mało poznano. Daje on takim zboczeniom nazwę »insufficientia uteri«, oraz »myofibrosis uteri« w okresie zwrotu płciowego i wobec blednicy i gruźlicy i »hyperplasia muscularis« wobec samogwałtu. Hitschmann zaś w dyskusyi z Pankowem zauważył, że przyczyny krwotoków wówczas dojdziemy, gdy poznamy przyczynę krwawień miesięcznych.

Himmelheber[3]) jako cechę patologiczną podnosi postępujące zmiany w gruczołach i gdy zmiany te nie odpowiadają fazie.

Pankow[4]) nie uznaje żadnej podstawy anatomicznej, jednolitej dla krwotoków. Niema ani »metritis«, ani »endometritis«, któreby przebiegały z cechującymi je objawami klinicznymi. Proponuje on też dawne te nazwy zastąpić nazwą ogólną: »metropathia haemorrhagica idiopathica«.

Thorn[5]) jest przeciwnikiem przesadnego leczenia zapomocą środków miejscowych na samą błonę śluzową działających, jak skrobanie i t. d.

K. Hegar[6]) o tyle skłania się ku wywodom Hitschmanna i Adlera, że o jakości zmian poleca przekonać się z uwzględnienia fazy okresu miesiączkowego. W obrazach zmian patologicznych podnosi to, co i inni autorzy, dla postaci gruczołowych. Dla międzygruczołowych rozstrzygające są komórki okrągłe, prążkowato ułożone wzdłuż naczyń i obficie nieregularnie rozłożone małe naczynia.

Albrecht[7]) twierdzi, że prócz prawidłowego, przedmiesiączkowego pomnożenia utkania istnieje i pomnożenie go — »hyperplasia« — stałe we wszystkich fazach, połączone z dzieleniem się komórek, bujaniem brodawkowem, silnymi skrętami gruczołów, ich rozgałęzieniem i bujaniem w warstwę mięsną. Widoczne zaś niekiedy wgłębienia gruczołów, prawie przez wszystkich autorów przytaczane jako znamienne (patognomoniczne), są tworami sztucznymi, powstałymi przez skrobanie. Nigdy bowiem nie znajdował ich Albrecht w błonie śluzowej macic w całości wyciętych.

Tak się ma cała sprawa w krótkiem streszczeniu, jak ją dotychczas postawiono. Hitschmann i Adler, podobnie jak wszyscy, którzy mają coś nowego do powiedzenia, skłonni byli do pewnej może krańcowości, w zupełnej negacyi tego, co przed ich odkryciem istniało. Pośród bowiem tych, co ich badania kontrolowali, prawie ani jednego niema, któryby bez żadnych zastrzeżeń podzielał ich zapatrywanie. Największa ich część broni, można powiedzieć desperacko, anatomicznej podstawy »endometritis glandularis«, a cechującem jest to u wielu z nich, że już pojęcie patologiczne czynią zależnem od uwzględnienia fazy.

1) Centralbl. f. Gyn. 1909 str. 976.
2) Archiv. f. Gyn. Tom 86 zeszyt 3.
3) Zur Bedeutung der glandulären Hypertrophie u. Hyperplasie des Endometrium C. f. Gyn. 1909 str. 1768.
4) Tamże 1910 str. 324.
5) Tamże 1910 str. 591.
6) Tamże 1910 str. 1360.
7) Centralbl. f. Gyn. 1910 str. 1598.

Stan obecny całej sprawy daje się streścić mojem zdaniem w sposób następujący:

1) Z objawów klinicznych nie można nigdy rozpoznawać zapalenia błony śluzowej macicy (endometritis). Przyjmijmy natomiast nazwę tymczasową Pankowa »metropathia haemorrhagica idiopathica«.

2) Uprawnieni możemy być do rozpoznania zapalenia błony śluzowej macicy jedynie ze zmian gruczołów krańcowych, uwzględniając fazę okresu miesiączkowego.

3) Pojęcie »endometritis glandularis« może jeszcze wegetować pod powyższymi warunkami.

4) Krwawienia nie pochodzą z przerosłej błony śluzowej, wyjąwszy postaci polipowego jej bujania, lecz z nieprawidłowego zachowania się warstwy mięsnej lub nieprawidłowej czynności jajników.

5) Stosowany dotychczas sposób leczenia krwawień i krwotoków przez zeskrobanie błony śluzowej, jako skuteczny w wielu przypadkach, pozostaje w całej swej mocy, lecz nie dlatego, że się błonę śluzową usuwa, lecz że się działa bezpośrednio mechanicznie drażniąco na warstwę mięsną, pobudzając ją tem samem do energii.

Jest to, jak na teraz, plon nie mały, który zawdzięczamy i bezpośrednio badaniu Hitschmanna i Adlera i pośrednio przez to, że pobudzili oni, po całym szeregu lat uśpienia w martwej rutynie, wielu pracowników do podniecenia energii właśnie krańcowością swych zapatrywań, co niewątpliwie wyszło nauce na korzyść.

Oznaczenie szybkości przewodzenia w nerwach żaby przy różnych ciepłotach zapomocą galwanometru strunowego.

Podał

N. Cybulski.

Pomimo, że wszystkie dotychczasowe badania oznaczenia szybkości przewodzenia w nerwach były wykonywane zapomocą jednej i tej samej metody, którą pierwszy raz w r. 1850 podał Helmholtz[1]), wyniki tych badań okazały się u różnych badaczy w wysokim stopniu niejednakowe. Podczas gdy Helmholtz u żaby jako średnią szybkość w nerwie kulszowym przyjmuje 25—27 m w sekundzie, u człowieka zaś od 30—35, inni autorowie w tych samych nerwach i wśród tych samych warunków znajdowali wahania od 26—100 m i więcej. Jeszcze większe różnice wykazane zostały u niższych zwierząt; tak Frederick i Vanderwelde[2]) u raka określili ją zaledwie na 6 do 12 m w 1'' a C. v. Uexkühl w płaszczu głowonogów[3]) zaledwo 0,4—1 m. Równie wielkie różnice znajdowano także w nerwach czuciowych, tak podług Kohlrauscha[4]) np. szybkość przewo-

1) Monatsber. d. Berliner Akad. 1850, S. 14; Arch. f. Anat. u. Physiol. 1850, S. 71, 276; 1852, S. 199.
2) Bulletins de l'Academie Royale de Belgique, 2 ser., 47 (1879);
3) Zeitschr. f. Biol. 30, 317, 1899.
4) Zeitschr. f. ration. Medizin Bd. 28 S. 190. 1866. Bd 31. S. 410. 1868.

dzenia u rozmaitych osób wahała się pomiędzy 56—225 m. Chauveau w jednych gałązkach nerwu błędnego znajduje szybkość 8,2, w drugich 66,7.

Szybkość, którą podają autorowie w najnowszych podręcznikach, np. Lucciani (Tom III, str. 224), na podstawie zestawienia wyników badań rozmaitych autorów, a wynoszącą 20—26 m u żaby i od 30—34 u człowieka, jest właściwie zupełnie dowolną.

Niezgodność wyników przy stosowaniu jednej i tej samej metody, która, jak wiadomo, polega na tem, że nerw się drażni w dwóch punktach, odległych od siebie o kilka lub kilkanaście cm, zależnie od długości nerwu, i oznacza się okres utajony skurczu mięśniowego, zanadto jest wielką, ażeby ją można było uważać jako cechę indywidualną nerwów rozmaitych osobników. Daleko prawdopodobniejszem wydaje się przypuszczenie, że zależy ona od wadliwości samej metody.

Przedewszystkiem żaden z autorów nie miał jakiegoś kryteryum do ocenienia siły podrażnienia. Tymczasem, jakkolwiek nie wszyscy, to jednakże znaczna część autorów wskazuje, że szybkość przewodzenia zależnie od podniety może bardzo znacznie się różnić. Jednakże według Duriga [1]) jakkolwiek szybkość się zwiększa z wzrostem siły podrażnienia, żadnej prawidłowości w tych przyrostach dostrzedz nie można. Tak według tegoż autora przy odległości cewek 4 cm szybkość w rozmaitych nerwach żaby wahała się pomiędzy 35,23 a 3844,6 m.

Prócz siły podniety niewątpliwie ma znaczenie także niemożność dokładnego oznaczenia punktu wyjścia stanu czynnego, który to punkt zależy od kierunku prądu, użytego do podrażnienia. Również z reguły autorowie nie zwracają uwagi na kierunek prądu drażniącego a także na to, czy w obu razach kierunek jest jeden i ten sam.

Największem atoli prawdopodobnie źródłem błędu jest oznaczenie okresu utajonego podrażnienia, to jest oznaczenie początku krzywej skurczu, która przy znacznej szybkości obrotu walca tylko nader stopniowo podnosi się nad linią O. To stopniowe rozchodzenie się 2 linii sprawia, że przy oznaczaniu punktu rozdziału można się pomylić o kilka lub kilkanaście mm zależnie od szybkości obrotu walca, a to z kolei niewątpliwie decyduje o wartości całego wyniku.

Nadto metoda Helmholtza przypuszcza z góry, że okres utajony podrażnienia zakończeń nerwowych i protoplazmy mięsnej jest w obu razach tensam, że mechaniczna zmiana w mięśniu rozchodzi się również w obu razach jednakowo, czego także a priori twierdzić nie można.

Szybkość reakcyi galwanometru strunowego nasunęła odrazu myśl zastosowania go do oznaczenia szybkości przewodzenia, a mianowicie zamiast notowania mechanicznej zmiany kształtu mięśnia, fotografowania zmiany elektrycznej podczas stanu czynnego. Krzywa zjawiska elektrycznego, które, jak wiadomo, poprzedza zmianę mechaniczną w mięśniu, przy odpowiedniem napięciu nitki, tak szybko wznosi się nad linię O, że oznaczenie momentu oddzielenia się jednej linii od drugiej jest o wiele łatwiejsze i dokładniejsze, niż przy krzywych skurczu mechanicznego. W ten sposób przynajmniej jedno ważne źródło błędu, jak się zdawało,

[1]) Pflügers Archiv. 92. S. 316.

może być usunięte. Wystarczy więc w dwóch miejscach, możliwie odległych od siebie, podrażnić nerw, oznaczyć moment podrażnienia i jednocześnie sfotografować wychylenie nitki, różnica trwania okresu utajonego w obu razach pozwoli nam oznaczyć szybkość.

Pierwszy metodę tę zastosował u człowieka Piper [1]). Według jego oznaczenia szybkość w nerwie pośrodkowym (medianus) wynosi 120 m na sekundę.

Do oznaczania momentu podrażnienia nie używał autor żadnego sygnału, lecz brał tak silne prądy cewki, że rozgałęzienia prądu otwarcia z ramienia na przedramię działały na nitkę i wywoływały jej wychylenie. To chwilowe wahnięcie nitki zastępowało mu sygnał. Jako okres utajony uważał Piper czas od początku wychylenia nitki wskutek rozgałęzienia prądu do początku wychylenia nitki wskutek prądu czynnościowego przedramienia. O ile ten sposób podrażnienia jest odpowiedni, nie chcę rozpatrywać ze względu na oszczędność miejsca, zaznaczyć atoli muszę, że wyniki doświadczeń Pipera, względnie bardzo stałe, rzeczywiście przemawiają na korzyść tej metody.

W doświadczeniach własnych, których wyniki podaję niżej, oznaczałem szybkość przewodzenia w nerwach kulszowych żaby również zapomocą galwanometru strunowego. Do podrażnienia nerwu posługiwałem się elektrodami niepolaryzującemi się, które były specyalnie do tego celu sporządzone i tworzyły osobny aparacik. Odległość jednej pary elektrod od drugiej była stała. Odległość pomiędzy elektrodami każdej pary również. Między elektrodą dolną górnej pary i dolną dolnej odległość wynosiła 35 mm. Prąd pierwotny cewki indukcyjnej przebiegał przez bardzo czuły sygnał, znajdujący się przed szparą spadkownicy i osobny klucz, przytwierdzony z boku spadkownicy. Klucz ten był otwierany automatycznie spadającym wózkiem z płytą fotograficzną, w chwili, gdy płyta ta znajdowała się przed szparą. Moment otwarcia zaznaczał cień sygnału na płycie. Gdy został wywołany stan czynny mięśnia (musculus gastrocnemius), do którego były przyłożone dwie osobne niepolaryzujące się elektrody połączone z galwanometrem, struna się wychylała i jej cień na płycie przedstawiał przebieg stanu elektrycznego w mięśniu.

Prąd powierzchniowy był oczywiście dokładnie kompensowany.

Z różnicy odległości jednej fali od drugiej na dwóch płytach, z których na jednej mieliśmy przebieg zjawiska całego przy podrażnieniu nerwu z góry, na drugiej przy podrażnieniu z dołu, znając szybkość ruchu płyty, oznaczałem czas potrzebny na przejście stanu czynnego przez długość nerwu, zawartą między elektrodami, a mając ten czas i długość nerwu, oczywiście mogłem obliczyć szybkość.

Ażeby mieć pewność, że przy różnych manipulacyach podczas doświadczenia ułożenie nerwu na elektrodach pozostaje tosamo, końce elektrod drażniących miały kształt cienkich płytek z gąbki brzozowej (Birkenpilz), nasiąkniętych roztworem soli, w których w pewnej odległości od dolnego brzegu były zrobione małe otworki. Przez te otworki przeciągałem nerw, tak że nietylko ułożenie jego przez cały ciąg doświadczenia, ale i zetknięcie z elektrodami było jednakowe.

[1]) Archiv. Pflüger. T. 124. S. 591. 1908. T. 127. S. 474. 1909.

W celu dokładniejszego i łatwiejszego oznaczenia odległości krzywej sygnału od krzywej, którą kreśliła nitka, obrazy te powiększałem czterokrotnie i oznaczenia robiłem na otrzymanych w ten sposób pozytywach.

Ponieważ ruch wózka, w którym się umieszcza płytę fotograficzną, nie zawsze jest jednakowy, mimo tej precyzyi, z jaką spadkownica jest wykonana, jednocześnie na płytce fotografowałem także drgania kamertonu, przedstawiające $^1/_{100}$ sekundy.

Do oziębiania i ogrzewania nerwu używałem płynnej parafiny, która, jak się przekonałem z licznych doświadczeń, pozwala na przechowywanie nerwu bez zmiany pobudliwości nietylko przez czas doświadczenia, ale znacznie dłużej w ciągu szeregu godzin. Doświadczenie było tak urządzone, że w parafinie tej lub innej ciepłoty był zanurzony tylko nerw, mięsień zaś, od którego odprowadzałem prąd, pozostawał na osobnym szklanym stoliku, nieco powyżej powierzchni parafiny i oczywiście zawsze miał tęsamą ciepłotę pokojową.

Wyniki tych doświadczeń są następujące.

Doświadczenie 1.

Szybkość w ciepłocie.	17°	58·4 m
» » »	30°	83,05
» » »	3°	22,57

Doświadczenie 2.

Szybkość w ciepłocie:	20°	24,42
» » »	35°	57,5
» » »	3°	21,09
Ten sam nerw po dwudziestu minutach w ciepłocie:	5°	13,65

Doświadczenie 3.

Szybkość w ciepłocie:	18°	40.6
» » »	5°	12,82
» » »	27°	30,8

Doświadczenie 4.

Szybkość w ciepłocie:	19,52°	49,24
» » »	5 °	12,42
» » »	28 °	62,3

Doświadczenie 5.

Szybkość w ciepłocie:	19·5	25
» » »	11	16,80

Doświadczenie 6.

Szybkość w ciepłocie:	23°	25,55
» » »	10°	12,77

Jakkolwiek przytoczone doświadczenia i kilka innych, które wykonałem, zawiodły oczekiwania co do stałości liczb u różnych osobników, w każdym razie wykazują one bardzo wyraźną zależność szybkości od ciepłoty. Ta zależność nasuwa myśli, że stan czynny w nerwach jest związany z procesami chemicznymi i że według wszelkiego prawdopodobieństwa podlega prawu reakcyi chemicznej.

W doświadczeniach, które tu przytoczyłem, zależało mi głównie na zoryentowaniu się i wyjaśnieniu, czy i z jakim skutkiem może być użyty galwanometr strunowy do oznaczenia szybkości przewodzenia w nerwach; cel ten faktycznie został osiągnięty. Dziś już mogę stanowczo powiedzieć, że zapomocą galwanometru strunowego można oznaczać szybkość w nerwach nietylko o wiele łatwiej, ale także z większą dokładnością, niż metodą Helmholtza. I jeżeli z czasem uda się usunąć pewne niedokładności, które te próbne doświadczenia ujawniły, to mam nadzieję, że oznaczenie szybkości tą metodą doprowadzi do wyjaśnienia zasadniczych praw przewodzenia nerwowego wogóle.

Rzadsze przypadki bąblowca (nerki i otrzewnej)

Podał

Antoni Gabszewicz.

Pierwsze wiadomości dotyczące bąblowca zjawiły się dopiero w drugiej połowie XVIII wieku: mianowicie Pallas w 1760 r. odkrył pasorzytową przyrodę bąblowca, dokładny jednak opis bąblowca u człowieka podał po raz pierwszy Bremser w 1821 roku. Nie mam zamiaru podawać tutaj szczegółów anatomii patologicznej, rozpoznawania i leczenia bąblowca w ogóle, gdyż te rzeczy są dobrze znane; w polskiem piśmiennictwie posiadamy już cenną pracę Wład. Krajewskiego o bąblowcu jamy brzusznej z 1886 r. i Wład. Matlakowskiego o bąblowcu sieci z 1890 r.; przejdę zaś bezpośrednio do omówienia bąblowca nerek. Najwcześniejsze wzmianki o bąblowcu nerki spotykamy w piśmiennictwie francuskiem; i tak Chopart już w r. 1821 napisał dość obszerną pracę o bąblowcu nerki; w kilka lat później Rayer ogłosił parę własnych spostrzeżeń, Davaine zebrał już sporą liczbę przypadków, ogłaszanych w pismach francuskich, a Beraud w 1861 r. ogłosił pracę opartą na 7 przypadkach bąblowca nerki, opisanych przez francuskich autorów i 11 zebranych z piśmiennictwa angielskiego. W Niemczech w jednym i tym samym roku t. j. 1877 Neisser ogłosił pracę, w której starał się nakreślić sposób rozwijania się i rozszerzania bąblowca nerki, a Simon po raz pierwszy zabrał głos w sprawie stosowania metod operacyjnych przy bąblowcu nerki. Pierwsze poważniejsze zabiegi operacyjne na nerce przy tej chorobie zostały ogłoszone dopiero w 1886 roku: we Francyi pierwszy Péan usunął nerkę dotkniętą bąblowcem, wkrótce potem jego uczeń Brodeur, i w tym samym roku Bouilly usunęli całą nerkę z powodu bąblowca. W roku następnym J. Boeckel również usunął całą nerkę z powodu bąblowca z pomyślnym wynikiem dla chorego. W Niemczech już w r. 1870 Spiegelberg usunął torbielowato rozszerzoną nerkę, sądząc przed operacyą, że jest to torbiel jajnika; po rozcięciu okazało się, że torbiel zawiera oprócz płynu, dużo pęcherzyków bąblowca; przypadek zakończył się po 2 dniach śmiercią. Niepomyślnie zakończyły się i następne przypadki usunięcia całkowitego nerki bąblowcowej, opisane jeden przez Madelunga w 1885 r., a drugi przez Thierscha w 1886 r. Poza tem Paul Wagner w 1894 r. zebrał już 7 nowych spostrzeżeń usunięcia całkowitego nerki z powodu bąblowca (z piśmiennictwa innych krajów) z zejściem pomyślnem. Dokładniejsze badanie usuniętych nerek wykazało, że w większości przypadków torbiele bąblowcowe miały za punkt wyjścia górny lub też dolny biegun nerki, a poza tem znaczna część nerki i makroskopowo i pod drobnowidem zachowywała się zupełnie prawidłowo. Ta ostatnia okoliczność zwróciła uwagę chirurgów na to, aby na bąblowce nerki nie zapa-

trywać się tak, jak na guz złośliwy, lub gruźlicę i skłoniła do tego, że zamiast pierwotnego usunięcia nerki ograniczano się tylko do dość znacznego przecięcia torbieli. Powyżej wspomniany Wagner zebrał już w 1898 r. 18 nefrotomii przy bąblowcu nerki; wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Naturalnie częściowe usunięcie nerki zniszczonej przez bąblowiec razem z workiem torbieli znakomicie może skrócić czas gojenia się w porównaniu z nefrotomią; mało jednak przypadków bąblowca nerki widocznie nadaje się do tego zabiegu, gdyż oprócz przypadku Kümmela, ktory pierwszy w 1893 r. wykonał resekcyę nerki bąblowcowej z wynikiem pomyślnym, znalazłem jeszcze jeden przypadek Rasumowskiego z r. 1905; chirurg ten u 26-letniej kobiety, u której choroba rozwijała się od 8 lat, znalazłszy podczas operacyi $^3/_4$ nerki zdrowej, a tylko górny odcinek nerki zajęty przez sprawę chorobową, ograniczył się do usunięcia zniszczonej części nerki: chora dość długo po operacyi gorączkowała, nastąpiło jednak zupełne wyzdrowienie. Nadzwyczaj zajmująco przedstawia się przypadek, ogłoszony przez Gerstera w r. 1898: przystąpił on u chorej ciężarnej do wykonania operacyi na prawej nerce, z której często, przy towarzyszeniu wielkich bólów, wydadalały się z moczem pęcherze bąblowca. Ściana nerki, zajętej przez bąblowiec, miała tak znaczną, nieomal kostną twardość, że musiał użyć kostnego noża, aby się dostać do jamy, z której zapomocą ostrej łyżeczki usunął znaczną liczbę pęcherzy bąblowca. Kiedy rana nie goiła się, a część zwapniała ściany guza nie uległa zgorzeli, zdecydował się Gerster na jej usunięcie, przyczem jednak i otrzewna i opłucna uległy zranieniu; przebieg jednak był bez powikłań i nastąpiło dość szybko zupełne zagojenie.

Początkowo obawa zwolenników nefrektomii co do możliwości powstawania stałej przetoki moczowej po nefrotomii, nie znalazła potwierdzenia w operowanych i ogłoszonych przypadkach; w jednym tylko przypadku, operowanym przez Péana, pozostała po operacyi przetoka, ale i ta po kilku miesiącach zupełnie się na stałe zagoiła.

Wogóle bąblowce w nerkach w stosunku do bąblowców w innych narządach jamy brzusznej zdarzają się dość rzadko. Davaine w okresie na długo przedoperacyjnym, na 566 bąblowców zebrał tylko 30 w nerkach. Autor angielski Thomas w 1879 r. ogłasza, że na 307 osób zmarłych w Australii z powodu bąblowca w okresie od 1867 do 1877 tylko w 2 przypadkach zanotowano bąblowca nerek wobec 166 w wątrobie i 53 w płucach. W obu nerkach obecność bąblowca raz jeden tylko spostrzegano. To samo mniej więcej spotykamy i w okresie operacyjnym: w pracy Krajewskiego na 92 operacyi na wątrobie wypada 5 na nerce; w pracy Israela z 1901 r. na 297 operacyi, dokonanych przez niego na nerkach z powodu różnych spraw chorobowych, nie znajduję ani jednego przypadku bąblowca. Bogoliubow w 1904 r. zebrał 112 przypadków bąblowca nerki na ogólną liczbę 2474 w innych narządach.

Przechodzę do opisu spostrzeganego i operowanego przezemnie przypadku. Dotyczy on 26 letniej zamężnej kobiety, do której zostałem wezwany przez kol. Kopczyńskiego w 1893 roku; uskarżała się ona na niewielkie, lecz często się zjawiające bóle w lewym boku i na obecność guza.

Przy badaniu istotnie wyczuwa się w miejscu, odpowiadającem lewej nerce, guz wielkości dużej pomarańczy, napięty, górnym biegunem chowający się po za żebrami; guz mało ruchomy, daje się jednak nieco przesuwać ku smudze białej, ku dołowi, i w kierunku okolicy lędźwiowej. Badana średniej budowy ciała, miernie odżywiona, znajduje się w 3-cim miesiącu ciąży. Naciskanie guza nie wywołuje żadnych szczególnych bolów. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego nie stwierdzono. Pierwsze badanie chorej nie doprowadziło nas do stanowczego rozpoznania istoty sprawy chorobowej: usadowienie guza wskazywało tylko na to, że mamy do czynienia z powiększoną lewą nerką. Parotygodniowa obserwacya chorej pozwalała nam stanowczo wyłączyć roponercze, gruźlicę nerki, guz złośliwy, ze względu na prawidłowy stan ciepłoty, na nieobecność jakichkolwiek nieprawidłowych składników w moczu kilkakrotnie badanym i na względnie zadowalający stan ogólny chorej. Na początku 1894 roku chora poroniła, a w kilka dni później przy objawach nadzwyczaj mocnego parcia oddała wielką ilość mętnego płynu, który zawierał podług jej słów własnych jeden duży pęcherz i mnóstwo drobnych pęcherzyków; przez następne dni odpływał jeszcze mocz mętny, ale już widocznych pęcherzyków nie zawierał; w badanym moczu kol. Mayzel znalazł dużo błon i haczyków. Rozpoznanie stało się jasnem, chodziło o bąblowca nerki lewej, który w obecnej chwili pękł do miedniczki. Tutaj muszę nadmienić, że nietylko w moim, ale i w przeważnej liczbie przypadków rozpoznawano obecność bąblowca nerki dopiero na zasadzie obecności pęcherzy wydzielanych z moczem po pęknięciu bąblowca do miedniczki; tam, gdzie to nie nastąpiło, do operacyi przystępowano zazwyczaj z innem rozpoznaniem sprawy chorobnej.

Po upływie dwu tygodni chora mocz oddawała czysty, a guz tak zmalał, że z trudnością można go było wyczuć; bolów przy naciskaniu chora nie doznaje. W kilka miesięcy jednak znowuż przy objawach kolki nerkowej i parcia na mocz oddała chora niewielką ilość mętnego płynu, w którym widziała pęcherzyki, jedne w całości zachowane, inne porozrywane. Chora zaszła w ciążę, a rozwiązanie prawidłowe odbyło się na początku 1895 r. Wkrótce po rozwiązaniu bole, które ani razu się nie zjawiły podczas ciąży, teraz na nowo przypomniały chorej o jej dawnem cierpieniu; mocz jednak jest prawidłowy. W marcu tegoż roku znowu oddała chora przy objawach parcia niewielką ilość mętnego płynu, zawierającego małe pęcherzyki. Na operacyę chora się nie zgadza. Od tej chwili przez rok cały chora czuła się dobrze. W lutym r. 1896 znowu zaczęła chora doznawać bolów w lewym boku i guz znowu znacznie się powiększył; w marcu tego roku nagle doznała chora silnego parcia na mocz i jednocześnie u wylotu cewki wyczuła wystające obce ciało mocno napięte; rozdarłszy palcem wystającą część, chora sama wydobyła pęcherz wielkości kurzego jaja. Przez kilka dni następnych mocz odchodził mętny z domieszką krwi. Po tygodniu znowu obfite wydzielanie się niewielkich, to w całości, to naderwanych pęcherzyków; mocz zawiera dużo ciałek ropnych i krwinek czerwonych i nieco cuchnie. Wieczorem zaczynają występować dreszcze, ciepłota niekiedy dosięga 39°. Guz lewej nerki znacznie się powiększył, granica jego górna chowa się poza żebrami; ucisk wywołuje dość silny ból.

Wobec nieustępującej gorączki, zwiększających się bolów i pogorszenia stanu ogólnego zgodziła się chora na operacyę, którą wykonałem w uśpieniu chloroformem w połowie kwietnia 1896 roku. Cięcie skośne w okolicy lędźwiowej, poczynając od 12 żebra i ku dołowi na ścianę brzuszną tak, jak je zalecał Bergman i Kosiński. Doszedłszy do nerki przekonałem się, że w dolnej swej połowie jest ona nieco tylko obrzmiała, a rozmiary jej znacznie się powiększają dopiero w górnej połowie, przechodzącej pod żebrami w dużą torbiel: do górnej granicy tej torbieli palcem dojść niepodobna. Próbne przekłucie, dokonane w górnym odcinku rozszerzonej nerki, wykazało obecność w niej płynu ropnego, mocno cuchnącego. Przed otwarciem jamy ropnia przyszyłem torebkę włóknistą z tłuszczową po obu stronach

do mięśni, aby zabezpieczyć powierzchnie przecięcia od zakażenia.

Robiąc przecięcie przez górny, dostępny dla oka odcinek nerki, przekonałem się, że istota nerki mocno przekrwiona, zachowana jest jednak w znacznej swej części tak, że grubość jej wynosiła przeszło 1 cm, zanim dotarliśmy do jamy. Z jamy tej wylało się sporo płynu ropnego, mocno cuchnącego, zawierającego dużo całych lub naderwanych pęcherzyków. Wprowadziwszy palec, przekonałem się, że jama ta, stosunkowo nie wielka, znajduje się w samej nerce, w górnym zaś jej odcinku jest otwór, z trudnością przepuszczający palec; przez otwór ten wchodzi się do bardzo dużej torbieli, sięgającej wysoko po za żebrami, o bardzo cienkich ścianach tak, że z łatwością można było wyczuć śledzionę, odsuniętą ku linii środkowej ciała. Po rozszerzeniu na tępo otworu, wylało się dopiero teraz bardzo dużo płynu ropiastego, zawierającego mnóstwo mniejszych lub większych pęcherzyków; do górnej granicy torbieli niepodobna było dosięgnąć palcem. Nie myśląc o radykalnem oczyszczeniu tej olbrzymiej jamy w obawie naderwania gdziekolwiek nadzwyczaj cienkich ścian torbieli, ograniczyłem się tylko do wygarnięcia dostępniejszych dla palca pęcherzy. Do górnej jamy założyłem gruby miękki sączek i pasy gazy, jamę w samej nerce wypełniłem tylko gazą wyjałowioną. Po operacyi przez pierwsze dni chora czuła się znacznie lepiej: ciepłota odrazu spadła do poziomu prawidłowego i na tym poziomie trzymała się przez cały tydzień. Opatrunki trzeba było zmieniać codziennie, ze względu na przesiąkanie moczem. Dobowe ilości moczu z pęcherza moczowego wahały się od 700—800 ctm^3. Ósmego dnia po operacyi chora dostała dreszczy; ciepłota 39°; jednocześnie przez ranę wydzielała się ciecz nadzwyczaj cuchnąca, zawierająca dużo zgniłych błon. Ciepłota dochodziła do 40° stopni, spadając zrana do 36 i taki stan trwał przez 2 tygodnie, pomimo przestrzykiwania jamy torbieli bąblowcowej środkiem przeciwgnilnym. Następnie ciepłota zachowywała się prawidłowo, wydzielina coraz mniejsza, bez zapachu, z małą domieszką moczu; pęcherzyków ani błon nie dostrzega się więcej; stan chorej szybko się poprawia. Dobowa ilość moczu od 1300—1500 ctm^3. W moczu nie wykrywa się nic nieprawidłowego. W czerwcu ropienie z jamy minimalne. W lipcu, t. j. 3 miesiące po operacyi, nastąpiło zupełne zagojenie. Stan ogólny bardzo dobry.

Przez lat 12 operowana czuła się zupełnie zdrową. Dopiero w roku 1908 miała napad kolki nerkowej z prawej strony; po napadzie na drugi dzień odeszły z moczem 2 małe kamyczki moczanowe: od tej chwili nie miała więcej napadów. W lecie 1909 roku zaczęła się chora uskarżać na bole w okolicy blizny pooperacyjnej z lewej strony, z jednoczesnem podniesieniem się ciepłoty do 38°. Po paru tygodniach wytworzył się w bliźnie ropień, który samorodnie się otworzył i wylało się trochę ropy pomieszanej z moczem; zgłębnik wchodził wgłąb na 2 ctm. Przez przetokę w ciągu miesiąca wydzielało się trochę moczu. Bolów chora nie doznawała więcej, do ostatniej chwili czuje się zdrową. Cystoskopia i prześwietlanie promieniami Roentgena nie wykazują nic nieprawidłowego.

Wobec napadu kolki nerkowej z prawej strony z wydzielaniem się kamyczków, nie można przewidzieć, czy w przyszłości nie dojdzie do wytworzenia się większego złogu w prawej nerce; tem lepszą jest więc w tym przypadku okoliczność, że nerka lewa nie została usunięta zgodnie z poglądami, jakie się wytworzyły po okresie dokonywanych natychmiastowo nefrektomii przy bąblowcu nerki, o czem wyżej wspominałem.

Drugi przypadek bąblowca otrzewnej, o którym tylko kilka słów powiem, dotyczy 36-letniej kobiety. Przybyła ona do szpitala Św. Rocha na mój oddział w listopadzie r. 1900 z powodu gwałtownych bólów brzucha. Poprzednio miała być podobno zupełnie zdrową, pracowała, i dopiero przed tygodniem nagle wystąpiły u niej gwałtowne bóle brzucha połączone z wymiotami. Tego samego dnia badając chorą, znalazłem brzuch umiarkowanie, jednostajnie wzdęty, za dotykiem bardzo bolesny, mięśnie napięte; opukiwanie wykazuje stłumienie w dolnej połowie brzucha; częste wymioty, czkawka. Ciepłota 38,5, tętno 130, drobne. Badanie przez pochwę i odbytnicę nie daje żadnych wyników. Rozpoznano zapalenie otrzewnej, zależne od zapalenia wyrostka robaczkowego. Wobec ciężkiego stanu chorej natychmiast przystąpiłem do operacyi. Cięcie w linii środkowej; otrzewna ścienna zgrubiała; po rozcięciu otrzewnej wylało się z jamy otrzewnej około litra ropy. Jelita lekko posklejane, a w wielu miejscach na ich powierzchni widać jakby rozsiane małe torbiele. Przy wykonywaniu przeciwotworów w pobliżu kolców górnych przednich dla przesączkowania jamy otrzewnej, natrafiłem na torbiel, leżącą na jelicie, wielkości kurzego jaja. Torbiel tę udało się usunąć z powierzchni jelita; zawierała ona płyn mętny; to nam dało do myślenia, czy nie mamy przed sobą bąblowca, rozsianego na otrzewnej. Badanie płynu, dokonane tego samego dnia przez kolegę Mayzla, wykazało w nim obecność haczyków i błonek. Wobec dość znacznego krwawienia z powierzchni jelita po usunięciu torbieli, zaniechałem usuwania innych torbieli, na co zresztą nie pozwalał i ciężki stan operowanej. Wyrostka robaczkowego nie poszukiwałem, tem więcej, że na prawym jajowodzie znalazłem miejsce niewielkie uległe zgorzeli, co najprawdopodobniej było punktem wyjścia dla rozlanego zapalenia otrzewnej. Stan chorej po operacyi, ku mojemu zdziwieniu, poprawił się znakomicie; wydzielina bardzo obfita; po upływie tygodnia podczas przepłukiwania zaczęły się wydzielać w znacznej ilości małe, lub ponadrywane, lub też zachowane w całości pęcherze bąblowcowe; w ciągu 3 tygodni powtarzało się to samo. Chora przestała gorączkować, stan znakomicie się poprawił. Od czasu do czasu przy przepłukiwaniu jeszcze wychodziły błony pęcherzyków, wreszcie zupełne zagojenie nastąpiło w miesiącu lipcu, t. j. w 7 miesięcy przeszło po operacyi. Od tego czasu jest zdrowa; ostatni raz widziałem ją w roku zeszłym, t. j. w 10 lat po dokonanej operacyi: znalazłem ją w stanie zdrowia jaknajlepszym.

W danym przypadku trudno orzec, na jakiej drodze rozwinął się u chorej na powierzchni otrzewnej bąblowiec, czy drogą krwi, czy też przez przedostanie się z jakiego narządu do jamy otrzewnej. To drugie jest bardzo wątpliwe, gdyż taka ewentualność najczęściej zdarza się podczas operacyi bąblowca wątroby, lub śledziony. Jonnescu w 1905 r. opisał przypadek bąblowca wątroby, w którym podczas operacyi przypadkiem dostało się trochę płynu do jamy otrzewnej. Nastąpiło zagojenie, ale po 3 latach powstały w brzuchu guzy,które przy operacyi okazały się pęcherzami bąblowca, rozsianymi po całej powierzchni otrzewnej.

Piśmiennictwo: 1) W. H. Krajewski: Bąblowiec jamy brzusznej. Warszawa 1886. — 2) James Israel: Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Berlin 1901. — 3) Matlakowski: Bąblowiec sieci. Gazeta lek. 1890. — 4) Paul Wagner: Nierenchirurgie. Leipzig 1893. — 5) Jonnescu: Ref. w Centralbt. f. Chirurgie 1905. N. 7. — 6) Paul Wagner: Zur Operation des Nierenechinococcus. Centralbl. f. d. Krank. d. Harn.- u. Sexual. 1894. T. 5. Zesz. 3. — 7) Gerster: Zur Chirurgie der Niere. Ref. w Centralbl. f Chir. 1898. Nr. 9, — 8) Bogoliubow. Nierenechinococcus. Ref. tamże 1905. N. 13. — 9) Rasumowski. Tamże 1901. — 10) P. Braillon: Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein. Paris 1894. — 11) J. Boeckel: Etudes sur les kystes hydatiques du rein. Gazette med. Strassb. 1887. — 12) Le Dentu: Traité de l'app. chir. des reins. Paris 1889.

O cierpieniu połowicznem rdzenia kręgowego

napisał

Władysław Gajkiewicz.

W ubiegłym sezonie zimowym miałem sposobność spostrzegać na oddziale moim w szpitalu Dzieciątka Jezus 3 przypadki połowicznego cierpienia rdzenia kręgowego: jeden, wywołany zranieniem rdzenia, drugi, nowotworu w kanale kręgowym, trzeci, pochodzenia przymiotowego. Dwóch pierwszych chorych przedstawiłem na posiedzeniu neurologów Towarzystwa lek. Warszaw. w styczniu r. b. Krótki opis pierwszego z uwagami ogólnemi podaję niniejszem:

M. W. tokarz, 18 lat liczący, został napadnięty w nocy z 9 na 10 grudnia 1910 r. i uderzony ostrym pilnikiem w plecy. Upadł, nie stracił przytomności, nie mógł się jednak podnieść z powodu obezwładnienia prawej nogi i przez przywołane Pogotowie ratunkowe został odwieziony do szpitala i umieszczony na mojej sali, gdzie go zbadałem w 10 godzin po wypadku. Chory przytomny, opowiada dobrze szczegóły napadu, skarży się na ból w prawym boku, odrętwienie lewej nogi i niemożność oddania moczu. Na linii środkowej kręgosłupa, między 5 a 6 wyrostkiem ciernistym kręgów grzbietowych, widać ranę długości około $1^1/_2$ ctm. bez żadnego obrzmienia, zasinienia okolicznej skóry. Chory mógł sam usiąść na łóżku i siedzieć podczas badania pleców. Stan bezgorączkowy. Kończyną dolną prawą nie może dowolnie wykonać najmniejszego ruchu, bierne — są swobodne; brak odruchów kolanowych i Achillesa z obu stron; podeszwowe, mosznowe i brzuszne prawe słabsze, niż lewe. Czucie na bezwładnej kończynie dolnej na dotykanie, ból, ciepło i zimno zachowane, a nawet chory skarży się, iż każde dotknięcie tamże jest mu przykre, co wyraża często sykaniem. Dotyczy to również prawej połowy brzucha i dolnej prawej połowy tułowia. Na kończynie dolnej lewej i odpowiedniej połowie brzucha i tułowia, mniej więcej do linii przechodzącej przez wyrostek mieczykowaty mostka, czucie na też bodźce zniesione. Mocz wypuszczony cewnikiem, przezroczysty, bez składników nieprawidłowych. Przez kilka dni następnych chory oddawał mocz dowolnie, lecz z pewną tylko trudnością, a później — dobrze.

12. XII. 1910. Kończyną dolną prawą wykonywa lekki ruch w stawie biodrowym i kolanowym. Na prawej dolnej kończynie — lekki objaw Babińskiego. Na prawej stronie tułowia, w obrębie segmentu D^6 i D^7 czucie na wszelkie bodźce słabsze, niż powyżej i poniżej tego miejsca. Dotykanie na kończynie dolnej lewej czuje nieco, lecz znacznie słabiej, niż na prawej, gdzie sprawia ono choremu nieprzyjemne wrażenie. Gorąca, zimna i kłucia nie czuje na całej kończynie dolnej lewej i wyżej aż do linii, przechodzącej przez wyrostek mieczykowaty; tamże często na zimno — mówi gorąco, lub odwrotnie. Czucie mięśniowe i kostne (wibracyjne) na obu kończynach dolnych zachowane. Kończyna dolna porażona już na dotyk cieplejsza i istotnie ciepłomierz płaski, umieszczony przez 5 minut na powierzchni wewnętrznej uda prawego, pokazuje 35^0, a na lewo 34^0.

20. XII. 1910. Chory kończynę dolną prawą unosi nieco w górę, obraca na wewnątrz i zewnątrz, odsuwa i zbliża do lewej, zgina i prostuje w kolanie, lecz stopą i palcami nie rusza zupełnie. Odruch kolanowy prawy dość silny. Nadwrażliwość na kończynie dolnej prawej znacznie mniejsza. Odczuwa nieco kłucie na kończynie dolnej lewej, na gorąco mówi letnie, najgorzej czuje zimno i zamienia je to z gorącem, to z bólem.

28. XII. 1910. Skarży się, jak i w początku, na ból w prawym boku i drętwienie nogi lewej. Wszystkie ruchy kończyną dolną prawą są możliwe, tylko słabsze niż lewą, clonus patellae dextrae et pedis dextri. Objaw Babińskiego wyraźny po stronie prawej, bywa czasem i na lewej stopie. Cała kończyna dolna prawa nieco chudsza, niż lewa. Chory może stać i przejść kilka kroków. Czucie mięśniowe niezmienione. Stopa lewa lodowato zimna. Dotykanie na kończynie dolnej lewej czuje coraz lepiej, również i ból; czucie zimna i gorąca tamże, jakoteż i na tułowiu po lewej stronie bardzo osłabione, miejscami zupełnie zniesione, lub spaczone (perversio). Mocz oddaje dobrze. Wzwód prącia bywa. Rana na plecach zupełnie zagojona, widoczne tylko na jej miejscu silne zabarwienie czerwone.

15. I. 1911. Parestezye trwają. Przeczulica po stronie prawej prawie znikła. Ruchy kończyną dolną prawą wszystkie możliwe, lecz słabsze, niż lewą, zwłaszcza stopą i palcami. Kończyna ta »en masse« cieńsza. Odruch kolanowy prawy bardzo silny, clonus patellae dextrae et pedis dextri i objawy Babińskiego i Oppenheima po stronie prawej bardzo wyraźne, odruch mosznowy prawy słabszy, niż lewy, brzuszne z obu stron słabe. Chód kurczowy. Czucie mięśniowe i wibracyjne z obu stron jednakowo zachowane. Znieczulenie na kończynie dolnej lewej — na ból i ciepłotę — bardzo wyraźne. Chory zaznacza, iż ciepła wody w kąpieli po stronie lewej nie czuje. Dotknięcie zimnym przedmiotem sprawia mu ból lub uczucie ciepła. Granice znieczulenia na różne bodźce nie są jednakowe, niezawsze te same, tak że nic stałego pod tym względem nie można zauważyć. Połowa lewa narządów płciowych także znieczulona.

13. II. 1911. Prawe udo (mierzone na wysokość 13 ctm. od brzegu górnego rzepki) ma 37 ctm. obwodu, lewe — 40; prawa goleń (13 ctm. poniżej brzegu dolnego rzepki) — $29^1/_2$ ctm., lewa $30^1/_2$. Kończyna dolna prawa w dotknięciu zimniejsza. Ruchy czynne nie wszystkie możliwe, różnica z lewą mała; odruchy ścięgniste w niej bardzo silne, skórne, zwłaszcza brzuszne, bardzo słabe, zwłaszcza prawe. Dotykanie czuje chory słabiej na kończynie dolnej lewej, a także kłucie, zimno i gorąco, a na powierzchni jej zewnętrznej, zwłaszcza goleni, nie czuje prawie zupełnie.

W połowie marca r. b. przez kilka dni stan gorączkowy, wywołany ostrem zapaleniem migdałów.

Później stan chorego utrzymywał się prawie bez zmiany. Był on cały dzień na nogach, przy chodzeniu pociągał nogą prawą. Zapytany skarży się stale na ból w prawym boku. W kończynie dolnej prawej ciągle objawy kurczowe, jest ona chudsza i zimniejsza. Na kończynie dolnej lewej i lewej połowie tułowia i brzucha stępienie czucia na ból i ciepłotę stale się utrzymuje, zwłaszcza na zimno. Przy dotykaniu skóry próbówką, napełnioną zimną wodą, występuje gęsia skóra na kończynie dolnej prawej, a na lewej — nie. Bezładu (ataxia) ani śladu. Mocz i stolec oddaje chory dobrze.

Po 5 miesiącach po zranieniu, (10. V. 1911 podczas pisania niniejszego spostrzeżenia), następstwa zranienia prawej połowy rdzenia są jeszcze widoczne pod postacią objawów kurczowych w kończynie dolnej prawej i osłabienia czucia na ból, ciepło i zimno na kończynie dolnej lewej.

Cierpienie połowy rdzenia kręgowego (medulla spinalis) wywołuje charakterystyczny zespół objawów, zwany syndromem Brown-Sequarda, od autora, który go opisał jako następstwo przecięcia połowy rdzenia u zwierząt. Zespół ten składa się z następujących objawów: po stronie cierpienia rdzenia — bezwład kończyny dolnej (hemiparaplegia), lub, jeśli dotnięta jest okolica szyjna rdzenia, to kończyny dolnej i górnej tejże strony (hemiplegia spinalis), dalej, po tejże stronie — zaburzenia czucia mięśniowego (bathyanaesthesia), wzmożenia czucia dotyku (hyperaesthesia), i porażenie nerwów naczynio-ruchowych (podniesienie ciepłoty skóry); po przeciwnej zaś stronie cierpienia lub zranienia: zniesienie czucia bólu (analgesia) i ciepłoty (thermanaesthesia), rzadziej osłabienie czucia dotyku (anaesthe-

sia). Naturalnie nie w każdym przypadku istnieją wszystkie wymienione objawy i nie zawsze są one jednakowego natężenia, co zależy od mniej lub więcej zupełnego zniszczenia połowy rdzenia kręgowego. Tem się tłómaczy i w opisanym wyżej przypadku brak niektórych objawów. Mimo pozoru jednorodności, w każdym pęczku substancyi białej rdzenia znajdują się włókna o różnym przebiegu (wstępujące i zstępujące) i o różnej czynności; zniszczenie jednych, a ocalenie innych, powoduje różnorodność obrazu chorobowego.

Zespół objawów Brown-Séquarda (hemiparaplegia cum anaesthesia cruciata) był już znany na krótko (bo w piątym dziesiątku ubiegłego stulecia) przed założeniem »Przeglądu lekarskiego«. Dostateczne jednak wytłomaczenie każdego z objawów składowych stało się możliwe dopiero w ostatnich dziesiątkach ubiegłego i bieżącego wieku, dzięki postępom w poznaniu budowy i czynności układu nerwowego, a specyalnie rdzenia kręgowego. Przypominamy je tu w krótkości. Najtrudniejszem do objaśnienia było zniesienie czucia po stronie przeciwnej cierpienia rdzenia.

W obecnym stanie nauki odróżniamy przedewszystkiem czucie powierzchowne (skórne) od czucia głębokiego (zwanego nie zupełnie ściśle mięśniowem). Zależą one od obecności zakończeń specyalnych nerwów czuciowych (ciałka Paciniego, Meisnera, Vatera) nietylko w skórze, lecz także w mięśniach, ścięgnach, więzadłach, torebkach stawowych i t. d.

Skórę należy uważać za siedlisko przynajmniej 3 zmysłów (ucisku v. dotyku, ciepłoty i bólu), posiadających każdy oddzielne narządy końcowe, wrażliwe jedynie na odpowiednie bodźce, a które to narządy, choć z sobą pomieszane, niezależne są jedne od drugich i w różnej liczbie w różnych miejscach skóry usadowione. Najwięcej w skórze jest punktów, wrażliwych na ucisk (dotykanie) (25 w cm^2 — Frey), mniej na zimno (12—13), a najmniej na gorąco (0—3 na cm^2 — Sommer). I mięśnie, ścięgna, więzadła i t. d są także rodzajem zmysłu, powiadamiającego świadomość naszą o ruchach czynnych i biernych mięśni, stawów i t. d., o wielkości i kierunku ruchu, o położeniu członków etc. (t. zw. wrażenia kinestetyczne).

Pobudzenia zakończeń nerwów czucia powierzchownego i głębokiego zostają przez włókna nerwów obwodowych doprowadzone do komórek nerwowych zwojów (ganglia) rdzeniowych (a z twarzy do zwoju Gassera), a z nich przez korzenie tylne nerwów rdzeniowych do samego rdzenia kręgowego, gdzie się znów rozchodzą i zachowują przebieg niezależny nietylko w rdzeniu kręgowym, lecz i przez cały pień mózgu (truncus cerebri, medulla oblongata, pons Varoli, pedunculus cerebri), a zbiegają się dopiero we wzgórku wzrokowym (thalamus opticus), który jest ośrodkiem wszystkich nerwów czuciowych.

Włókna czucia głębokiego biegną w rdzeniu dwiema drogami, nie ulegają w nim skrzyżowaniu i dlatego czucie głębokie (mięśniowe, kostne) w cierpieniu połowy rdzenia, jeśli przewodniki tego czucia są dotknięte, ulega zmianie po stronie ogniska choroby. W naszym przypadku nie było ono zmienione, z czego można wnosić, że przynajmniej jedna z dróg przewodzących je nie była zraniona. Jedna część włókien czucia głębokiego z korzeni tylnych wchodzi do pęczków tylnych rdzenia, tworzy główną ich część składową, biegnie przez całą długość tych pęczków i kończy się naokoło komórek nerwowych jąder pęczków tylnych (nuclei funiculorum posteriorum), które leżą już w opuszce (bulbus), a mianowicie w jądrze pęczka Golla (funiculus gracilis) kończą się włókna, pochodzące z korzeni lędźwiowych i dolnych grzbietowych, a w jądrze pęczka Burdacha (funiculus cuneatus) włókna, będące przedłużeniem bocznem korzeni tylnych grzbietowych górnych i szyjnych. Dopiero wyrostki osiowe komórek nerwowych tych jąder, a więc do drugiego już neuronu należące, krzyżują się, a mianowicie w kształcie łuków (f. arcuatae internae) biegną w stronę brzuszną (ventral) i przechodzą na drugą stronę (Schleifenkreuzung), a krzyżując się tworzą szew (raphe) i usadawiają się po obu jego stronach tuż nad piramidami, między oliwkami (Olivenzwischenschicht). Jest to t. zw. wstęga (lemniscus medialis), która przez cały pień mózgu (truncus cerebri), w części jego grzbietowej (dorsalnej), (tegmentum, Haube, la calotte), biegnie do wzgórka wzrokowego (nucleus ventro-medialis thalami optici). Włókna czucia głębokiego z różnych korzeni tylnych rdzeniowych, a więc z różnych części ciała, biegną oddzielnie, nie pomieszane jedne z drugiemi i mogą oddzielnie cierpieć. (W okolicy międzyoliwkowej włókna z kończyny górnej leżą najbliżej piramid, nad niemi — z kończyny dolnej, a jeszcze wyżej — dotykając »fasciculus longitudinalis medialis posterior« — z pęcherza moczowego i kiszki odchodowej; wyżej — w »lemniscus medialis« — najbardziej przyśrodkowo (medial) leżą włókna z korzeni krzyżowych, najbardziej z boku (lateral) włókna z kończyny górnej, a w środku między niemi — włókna z kończyny dolnej).

Druga część włókien czucia głębokiego kończy się w komórkach nerwowych kolumny Clarkéa, a więc w porównaniu z włóknami pierwszej części, które biegną bez przerwy aż do rdzenia przedłużonego, są one krótkie. Wyrostki osiowe komórek Clarkéa (drugi neuron), biegną w górę w pęczku bocznym rdzenia kręgowego, również nie krzyżując się, zajmują w nim część obwodową, grzbietową, (tractus spino-cerebellaris dorsalis s. Foville-Flechsigi), tworzą część ciała powrózkowatego (corpus restiforme) s. odnogi móżdżkowej dolnej i wraz z niem przedostają się do móżdżku (vermis). Inna wreszcie część korzeni tylnych rdzeniowych dochodzi również do móżdżku, lecz na drodze okolnej (przez rdzeń przedłużony i most); leżą one w rdzeniu kręgowym także na obwodzie pęczka bocznego, tylko więcej brzusznie (ventral), (tractus spino-cerebellaris ventralis s. Gowersi). Temu to pęczkowi Gowersa długi czas, za przykładem van Gehuchtena i Brissauda, przypisywano rolę przenoszenia wrażeń ciepłoty i bólu do mózgu, co jest błędnem, gdyż włókna obu pęczków rdzeniowo-móżdżkowych nie ulegają w rdzeniu skrzyżowaniu, cierpienie ich więc w rdzeniu nie tłomaczyłoby znieczulenia po drugiej stronie ciała, a nadto kończą się one w móżdżku, a zniszczenie jego nie wywołuje zaburzeń czucia, ciepłoty i bólu. Pęczki rdzeniowo-móżdżkowe przenoszą wrażenia doznane przez zakończenia nerwów czucia głębokiego (a więc w mięśniach, więzadłach i t. d.) do móżdżku, a narząd ten zużytkowywa te wrażenia dla kojarzenia ruchów, kojarzenia nieświadomego, bezwiednego, gdyż kojarzenie świadome odbywa się przy pomocy włókien czucia głębokiego, biegnących w pęczkach tylnych rdzenia, a kończących się — po przerwie we wzgórku wzro-

kowym — w korze mózgowej. Z móżdżku włókna obu wymienionych pęczków (Flechsiga i Gowersa) przez ciała zębate (corpus dentatum), odnogę mózgową przednią (Bindearm) udają się do jądra czerwonego (nucleus ruber), a stamtąd do wzgórka wzrokowego. Wszystkie one kończą się w nim, a z jego komórek nerwowych wychodzi trzeci neuron (tractus thalamo-corticalis), biegnący przez torebkę wewnętrzną (capsula interna) do zraza ciemieniowego kory mózgowej (lobus parietalis).

Co się tyczy włókien czucia powierzchownego, to najwięcej nas tu interesujące włókna, przenoszące wrażenia bólu i ciepłoty, z korzeni tylnych nerwów rdzeniowych, kończą się naokoło komórek nerwowych substancyi szarej tylnych rogów rdzenia kręgowego (pierwszy neuron). Wyrostki osiowe tych komórek biegną do przeciwnej połowy rdzenia, a więc krzyżują się już w rdzeniu, a po skrzyżowaniu się ciągną w górę, w pęczku bocznym rdzenia, a następnie w odpowiedniej okolicy przez cały pień mózgu. W pęczku bocznym rdzenia włókna te sąsiadują z włóknami pęczka Gowersa. Skrzyżowanie włókien przenoszących czucie bólu i ciepłoty z okolicy kończyn dolnych jest już zupełne na wysokości pierwszego lędźwiowego, a co najwyżej dwunastego segmentu grzbietowego. W rdzeniu przedłużonym włókna omawiane znajdują się w istocie siatkowatej (substantia reticularis), są więc oddzielone od opisanych wyżej włókien czucia głębokiego przez oliwkę dolną; w dalszym przebiegu zbliżają się do nich, a w przedniej części mostu Warola przyłączają się do nich włókna czucia powierzchownego z twarzy, doprowadzone przez nerw trójdzielny. Wszystkie razem kończą się, podobnie jak i przenośniki czucia głębokiego, we wzgórku wzrokowym.

Niema więc włókien czuciowych, biegnących bez przerwy do mózgu, wszystkie one, zanim dojdą do kory mózgowej, zatrzymują się w komórkach nerwowych ośrodków podkorowych. Droga czuciowa składa się z trzech neuronów.

Dopiero co opisane włókna, tworzące t. zw. »tractus spino-thalamicus«, zbadane jeszcze w r. 1889 przez Edingera, uważane są obecnie powszechnie za przenośniki wrażeń bólu, ciepła i zimna. Lewandowsky proponuje dla nich nazwę pęczka Brown-Séquarda. Spostrzeżenia kliniczne, poparte badaniem pośmiertnem, wykazały, iż włókna tych trzech rodzajów czucia, chociaż biegną obok siebie, nie są pomieszane z sobą i mogą cierpieć oddzielnie. Wnosząc z tychże badań kliniczno-anatomicznych, włókna dla czucia zimna i bólu leżą obok siebie, a mianowicie bólowe najbardziej ku środkowi (medial), dla gorąca — najbardziej z boku, a między niemi włókna — dla zimna. Wymienione co dopiero dane anatomiczne tłomaczą, dlaczego czucie bólu i ciepłoty dotknięte jest przy cierpieniu połowy rdzenia kręgowego, po przeciwnej stronie ogniska chorobowego, a czucie głębokie po tejże samej stronie, a nadto, iż możliwe są różne kombinacye, zależnie od siedziby ogniska chorobowego, gdyż włókna czucia głębokiego krzyżują się dopiero w rdzeniu przedłużonym, a włókna czucia powierzchownego już w rdzeniu kręgowym, i dlatego, że włókna różnych rodzajów czucia w całym przebiegu nie są z sobą pomieszane, lecz leżą oddzielnie. Ognisko np. chorobowe blizko szwu (raphe) w rdzeniu przedłużonym wywoła zaburzenia tylko czucia głębokiego i — jak zobaczymy niżej — dotyku, a ognisko, usadowione w zewnętrznej części rdzenia przedłużonego, może wywołać zaburzenia tylko czucia bólu i ciepłoty.

Wrażenia ucisku (dotyku) przenoszone są w rdzeniu kręgowym, podobnie jak i czucie mięśniowe, na dwu drogach: przez pęczek tylny tejże samej strony i przez pęczek boczny strony przeciwnej. (Tych drugich Rothmann dopatruje się w pęczku przednim strony przeciwnej). Przenoszenie to wrażeń dotyku na dwu drogach tłomaczy, że zwykle zaburzenia dotyku w cierpieniu połowy rdzenia nie są wielkie i stałe, gdyż do tegoby potrzeba, aby obie te drogi były przerwane, a zastępstwo jednej przez drugą niemożliwe. Zazwyczaj, jeśli jedna tylko z tych dróg jest zniszczona, to zaburzenia są tylko chwilowe, przemijające. To samo i dla tych samych powodów dzieje się i z czuciem mięśniowem, jak np. w naszym przypadku. Pod tym względem inne rodzaje czucia zachowują się odmiennie. Mianowicie, czucie bólu, ciepła i zimna, jako przenoszone w rdzeniu na jednej tylko drodze, cierpi silnie i długo. Znane są przypadki, iż jeszcze po kilku latach zaburzenia czucia bólu i ciepłoty, wywołane zranieniem połowy rdzenia, trwały bez wielkiej zmiany. W opisanym przez nas przypadku jeszcze po 5 miesiącach były one bardzo wydatne.

Powiedzieliśmy wyżej, iż w cierpieniu połowy rdzenia porażona kończyna dolna bywa cieplejszą, jak to było i w naszym przypadku. Podniesienie to ciepłoty zależy od porażenia nerwów zwężających światło naczyń krwionośnych (n. n. vaso-constrictores), które z ośrodka naczyniowego w rdzeniu przedłużonym biegną — nie krzyżując się — w pęczku bocznym rdzenia, do ośrodków naczyniowych znajdujących się w substancyi szarej rogów średnich. Z tych ostatnich włókna nerwowe naczyniowe (praeganglionares-Langley) wychodzą przez korzenie przednie nerwów rdzeniowych i przez białe gałęzie łączące (rami communicantes albi) udają się do odpowiedniego zwoju (ganglion) nerwu współczulnego, a z niego (rami postganglionares) do nerwów obwodowych i do naczyń krwionośnych. Zniszczenie tych nerwów w rdzeniu wywołuje rozszerzenie światła naczyń krwionośnych, czego następstwem jest podniesienie miejscowe ciepłoty. Wkrótce jednak, wskutek zastoju krwi w naczyniach włosowatych i drobnych żyłach, występuje sinica miejscowa i obniżenie ciepłoty.

Opisane szczegóły przebiegu włókien czuciowych w rdzeniu kręgowym z łatwością wyjaśnią, jakie części połowy rdzenia były w naszym przypadku uszkodzone, chwilowo (przez ucisk wylaną krwią) lub stale, i dlaczego zbiór objawów nie był zupełny, bo nie cała połowa rdzenia została zniszczoną, a nawet przeciwnie, względnie mała, a to dzięki cienkości narzędzia raniącego.

Dla całości tylko obrazu musimy dodać, iż cechujące zbiór objawów Brown-Séquarda osłabienie lub bezwład kończyny dolnej samej lub, jak czasami, dolnej i górnej po stronie ogniska chorobowego, a również i objawy kurczowe w porażonych kończynach występujące, zależą od cierpienia pęczka piramidalnego (tractus cortico-spinalis cruciatus s. lateralis), który leży w części grzbietowej (dorsalnej) pęczka bocznego rdzenia. Włókna składające ten pęczek, jak wiemy, są wyrostkami osiowymi komórek piramidalnych Betza w zakręcie korowym pośrodkowym przednim (gyrus centralis ant.) i służą do przenoszenia pobudzeń ruchowych dowolnych z kory mózgowej do komórek substancyi szarej

rogów przednich rdzenia. Włókna te krzyżują się, to jest przechodzą na drugą stronę w rdzeniu przedłużonym (decussatio pyramidum), zniszczenie więc ich poniżej skrzyżowania musi wywołać bezwład kończyny, po tej stronie leżącej.

Musimy tu dodać, że badania ostatnich czasów (Russel, Sherrington, Dejerine-Thomas, Edinger) wykazały, iż z włóknami tego pęczka piramidalnego skrzyżowanego, to jest z przeciwnej półkuli mózgu pochodzącemi, pomieszane są nieliczne włókna nerwowe, z analogicznych — co i tamte włókna — miejsc kory wychodzące, lecz z półkuli mózgu tej samej strony (t. zw. fibrae pyramidales homolaterales), czyli że w każdym pęczku bocznym rdzenia znajdują się włókna ruchu dowolnego z obu półkul mózgowych. Wpływ półkuli mózgu na ruch kończyn po tejże samej stronie co półkula leżących, jest jednak daleko większy, gdyż — jak wiadomo — w pęczku przednim rdzenia (u wyższych małp i człowieka) jest pęczek włókien nerwowych piramidalnych nieskrzyżowanych (tractus cortico-spinalis non cruciatus s. anterior s. Türcki), z tegoż samego miejsca kory mózgowej ruchowej co i pęczek skrzyżowany pochodzący.

Wspominamy o tych szczegółach, gdyż one tłomaczą możność poprawy, powrotu ruchów obezwładnionej przez cierpienie połowy rdzenia kończyny, mimo zniszczenia włókien ruchu dowolnego w pęczku bocznym rdzenia. Sprawa wyrównania zaburzeń ruchu dowolnego, wywołanych cierpieniem pęczka piramidalnego jest od dłuższego czasu na porządku dziennym. Ścisłe badania (Wernicke, Mann) chorych, dotkniętych bezwładem połowicznym (hemiplegia) pochodzenia mózgowego, wykazały, iż bezwładem na stałe dotknięte bywają tylko pewne (zawsze te same) grupy mięśni, gdy inne mało lub zupełnie nie cierpią, co jednak ulega zamaskowaniu przez przyłączające się objawy kurczowe. To częściowe tylko obezwładnienie mięśni tłomaczą tem, iż niektóre z nich już w prawidłowych warunkach unerwione są przez obie półkule mózgu, za pośrednictwem pęczka piramidalnego skrzyżowanego i nieskrzyżowanego; przy cierpieniu więc pierwszego, drugi może go do pewnego stopnia w czynności zastąpić, t. j. półkulę mózgu kontralateralną zastępuje półkula homolateralna.

Dalej, u wyższych zwierząt ssących dużą rolę w przenoszeniu pobudzeń ruchu dowolnego grają ośrodki podkorowe, zwłaszcza z śródmóżdża (mesencephalon - nucleus ruber) wychodzący t. zw. pęczek Munakowa (tractus rubro-spinalis), który u nich jest mocno rozwinięty; czynnością jego tłomaczą brak bezwładów lub szybkie ich zniknięcie po wycięciu okolicy ruchowej korowej. U człowieka pęczek Monakowa jest mało rozwinięty, jak również mało są rozwinięte pęczki włókien, łączące substancyę szarą przednich rogów rdzenia z innymi ośrodkami podkorowymi, gdyż u człowieka silnie rozwinięta kora mózgowa przejmuje na siebie większość czynności, zależnych u zwierząt od pnia mózgu i od rdzenia. Niemniej przypuszczają, iż i u człowieka choć mały lecz pewien udział biorą w powrocie ruchu dowolnego włókna nerwowe, idące od ośrodków podkorowych. Wpływ ten odbywać się może drogą okolną, przez móżdżek (kora mózgowa, most Warola, kora móżdżku, jądro zębate, odnoga móżdżkowa przednia, jądro czerwone, pęczek Monakowa, rdzeń).

Jednem słowem, droga ruchowa piramidalna u wyższych ssących może być zupełnie, a u człowieka w pewnym stopniu zastąpiona przez inne włókna odśrodkowe, czyli niema ona znaczenia swoistego, jak to dawniej sądzono. Do powrotu ruchów w cierpieniu połowy rdzenia dopomagają zapewne także liczne połączenia segmentów rdzenia między sobą, a nie wyłączone jest także częściowe zastąpienie w czynności chorej połowy rdzenia przez zdrową.

W pęczku przednio-bocznym rdzenia u człowieka znajdują się także włókna zstępujące, od ośrodków podkorowych (f. rubro-spinalis, tecto-spinalis, vestibulo-spinalis), które niewątpliwie mają znaczenie w regulowaniu ruchów pod wpływem słuchu, wzroku, pobudzeń kanałów półkolistych ucha i t. d., objawy jednak ich cierpienia w zniszczeniu połowy rdzenia nie są dotychczas znane.

Na zakończenie musimy przypomnieć, iż w cierpieniu urazowem połowy rdzenia, jak w naszym przypadku, niektóre części rdzenia mogą być nie zniszczone, lecz tylko uciśnięte wylaną krwią, po której wessaniu i objawy zależne od ucisku znikają.

Pomoc lekarska w dawnem wojsku polskiem.

(Wyciąg z większej całości).

Podał

Fr. Giedroyć.

Wiek XII dostarcza nam pierwszej dokładnej wiadomości o pomocy lekarskiej w dawnem wojsku polskiem. Oto pod Międzyrzecem Pomorskim biegły medyk [*sagax medicus*] ocala życie Wojsławowi, stolnikowi księcia Bolesława III, przez zręczne wycięcie potrzaskanych kości czaszki (Gallus). Był to zapewne lekarz osobisty ks. Bolesława, w razach wyjątkowych niosący pomoc wogóle rycerstwu.

W wiekach późniejszych spotykamy często lekarzy i chirurgów nadwornych, którzy towarzyszą królom i hetmanom do obozów. I tak z dyplomów i nadań dowiadujemy się, że doktor Jan Liberhant, jako lekarz nadworny króla Kazimierza Jagiellończyka, a później Jana Olbrachta, towarzyszył im w wyprawach; że toż samo czynili dr. Zacharyusz Stopius, lekarz królów Zygmunta Augusta i Stefana Batorego, oraz Anczewski, lekarz króla Jana Kazimierza. W roku 1610, w obozie pod Smoleńskiem, hetman Żółkiewski ma przy sobie lekarza lwowskiego Stanisława, hetman Stanisław Koniecpolski — lekarza Gidelczyka. Czy wymienieni lekarze udzielali jednocześnie pomocy całemu wojsku, o tem nie znajdujemy wzmianki. Natomiast inny szereg lekarzy występuje już w roli podwójnej. Są to wprawdzie lekarze nadworni i dlatego tylko zapewne znaleźli się w obozie; jednocześnie atoli niosą pomoc wogóle ranionym. Tak np. Buccella nietylko zabiegał około zdrowia króla Stefana, »ale także *s chuti* swoiey około dworu wsieho i wsieh, od kotorych był proszony, tak zranienych jako też jakokolwiek chorujuczych wielikoho i małoho stanu liudiey takoje staranie czynił, że naweżajuczy ich w obozie w wielikoje niebezpieczeństwo zdrowie swoje podawał« [słowa przywileju dla Buccelli]. Za toż samo, na wstawienie się wojska litewskiego i hetmanów, w roku 1683, Marcin Bernitz uzyskał indygenat w Rzeczypospolitej.

Skoro sławny Buccella pośpieszał z pomocą »s chuti

swojej«, inni czynili to z obowiązku. W szeregu ich widzimy również dwa rodzaje medyków. Jedni są przeznaczeni dla wojska wogóle, a jednocześnie są lekarzami przybocznymi hetmanów; inni zaś są powołani wprost do leczenia rycerstwa bez funkcyi dodatkowych. Do szeregu pierwszego należy np. doktor Maciej Lettow, który był lekarzem hetmana Krzysztofa Radziwiłła, w roku zaś 1633 towarzyszył królowi Zygmuntowi pod Smoleńsk, oraz doktor Lubertus Erbenius, lekarz Mikołaja Potockiego. Obadwaj noszą nadto tytuł lekarzy obozowych [*medicus castrensis* — pierwszy, *in exercitu Polonica medicus castrensis ordinarius* — drugi]. Z grona drugich można przytoczyć np. doktorów Mussaliusa i Pawła Abramowicza. Mianowicie w wydatkach z r. 1600, w dziale pensyi, wypłaconych *Artificibus castrensibus*, wymieniano cyrulików wojskowych, a na ich czele doktora Mussalina; Abramowicza zaś [*artis physicae medicum et pharmacopolam*] król Zygmunt III mianuje w roku 1596 lekarzem wojska: »*in exercitus nostri medicum eligimus et ordinamus*«.

W okresie późniejszym spotykamy już nawet lekarzy oddzielnych załóg. W Kamieńcu Podolskim puszkarze czyli artylerya posiada własnego lekarza. W roku 1709 jest nim doktor Sebastyan Zbieralski, od roku 1720 do 1737 — Fryderyk Bertuch, od 1740 do 1745 — Jakób Khin.

Jeżeli w okresie, kiedy organizacya wojska nie uwzględniała jeszcze stałej służby zdrowia, spotykamy lekarzy, wyłącznie na usługi rycerstwa powołanych, nawet podczas pokoju, tem bardziej możemy się spodziewać obecności chirurgów. Jakoż znajdujemy ich w czasach bardzo odległych.

I tu również widzimy dwa rodzaje: chirurgów ogólnych i chirurgów osobnych rodzajów broni.

Oto jeszcze w roku 1396 rajcy krakowscy wysłali od siebie królowi Jagielle na wyprawę opolską dwu chirurgów [*cirurgicos*] i dali im ośm grzywien i trzy konie. Regestr wydatków i płac z roku 1506 *servilibus Russiae militantibus* wymienia Miklosza i Frycza, *barbitonsores*, którym wypłacono żołd i dano sukno. Liczniejsze są spominki o chirurgach z wypraw króla Stefana. Na czele ich stał Wilhelm Lucenberger, serwitor królewski; dalej wymieniają źródła: Michała, Henryka Hellera, Macieja Villina, Tomasza, Janusza [*Hans*] Kimmerlego, Bartłomieja Dawida, Adama Szolcza, Adama Czecha [*Bohemus*], Henryka Seclera, Kacpra Bendowskiego i innych. Szli oni na wyprawy, przybierając sobie do pomocy i gwoli wyćwiczenia uczniów i towarzyszów. »Na woynach y w ciągnieniu woysk experyencye y doświadczenia biorą« — mówi o cyrulikach Syreniusz.

Pomimo to liczba chirurgów nie zawsze wystarczała. W »Dzienniku wyprawy Stefana Batorego pod Psków« ks. Jan Piotrowski zapisał dnia 8 września 1581 roku: »Barwierzow tak wiele nie masz, coby opatrywaniu wydołali«.

Chirurgowie wyżej wymienieni byli przeznaczeni dla całego wojska. Istnieją wskazówki, że większość ich po skończonej wyprawie wracała do swoich siedzib i w następnej wojnie mogła już nie brać udziału.

Drugi rodzaj — chirurgów wojskowych w ściślejszem tej nazwy znaczeniu, towarzyszył pewnym regimentom, albo poszczególnym rodzajom broni. Np. »Compania IMci Pana Capitana Christiana Kipki« wymienia w swojej liście »Feltschera Joh. Pawelkowicza« [1565 r.]. W kompanii dragonii w roku 1653 cyrulikami są: Abraham Zabłocki i Johan Mentzel Kratzmer, w roku 1553 — Filip Ardus. W kompanii kapitana Wolfa jest felczerem Johan Schnabel [1653 r.].

W roku 1523 król zalicza do sług swoich [*servitoratus*] chirurga lwowskiego, Fryderyka Fryeza i wyznacza mu 10 grzywien pensyi z cła lwowskiego, za co Frycz będzie obowiązany towarzyszyć wojsku na wyprawach wojennych i leczyć ranionych. Zastrzeżono przytem, że Frycz ma służyć tylko wojsku z Rusi Czerwonej. Po śmierci Frycza, w roku 1544 chirurgiem polowym wojsk w obozach ruskich [*chirurgus campestris in exercitibus ac in castris Russiae*] został »mistrz sztuki chirurgicznej« Wojciech Trzciński. Pensyę z funduszów miejskich winien mu wypłacać Lwów, jak to było »w obyczaju« względem chirurgów polowych. Świadczy to, że już w pierwszej połowie XVI wieku było »obyczajem« w Polsce trzymać stałych chirurgów w oddziałach wojska. Przywilej z roku 1642 mówi o Andrzeju Sanftlebenie, chirurgu regimentów pieszych, który służył przez lat 40 i towarzyszył wojsku w kilku wyprawach. Z tegoż wieku znamy: Henryka, chirurga piechoty [1617 r.], Jana van Loë, chirurga w regimencie rotmistrza Krasińskiego, starosty łowickiego [1665 r.], Jana Arctana, chirurga artyleryi [1673 r.].

Rzeczą zgoła zbyteczną byłoby określać bliżej rodzaj zajęcia chirurgów podczas wypraw wojennych. Warto wszakże zaznaczyć, że chirurgowie dokonywali nawet poważnych operacyi. Wiemy już o pomyślnie zakończonem wyjęciu potrzaskanych kości czaszki rycerzowi Wojsławowi w obozie Krzywoustego pod Międzyrzecem. Za króla zaś Stefana Heidenstein wspomina o towarzyszu z chorągwi Zygmunta Rożna, któremu w obozie lekarz amputował obie nogi.

Z rachunków dawnego wojska polskiego wynika, że chirurgowie pobierali płacę przeważnie od każdego leczonego z osobna. Sposób taki obliczania zapłaty jest zrozumiały poniekąd w razach, kiedy chirurg, oprócz opieki i wiedzy, dawał nadto ze swojej apteczki leki do opatrunku, albo jeśli był powołany wyłącznie na jedną wyprawę i tego rodzaju umowę z nim zawarto. Przekonywamy się jednak, że sposób ten stosowano nawet przy obliczaniu się z chirurgami stałymi, pobierającymi żołd stały. Przeważnie atoli ustalano zapłatę względnie do czasu spędzonego przez chirurga w obozie, przyczem też, być może, uwzględniano liczbę pomocników [*socius*), wziętych na wyprawę przez mistrza [*magister*]. Skarb załatwiał rachunki tylko z pryncypałem, nie wchodząc w to, jakie on umowy pozawierał z towarzyszami, nadto zwracał wydatki na lekarstwa i dawał podwody. Oto dla przykładu niektóre pozycye rachunkowe: W roku 1577 chirurgowi Wilhelmowi, wysłanemu pod Gdańsk dla leczenia ranionych [*ad curandos milites vulneratos*], jako zwrot kosztów podróży i za lekarstwa wypłacono zł. 535. W roku 1578 pewnemu chirurgowi [*chirurgo cuidam*] za leczenie dwu żołnierzy z piechoty dano zł. 6. W roku 1580 chirurgowi Lucenbergerowi za wyprawę pod Połock, gdzie leczył do 1200 wojskowych, dostarczał własnych lekarstw i utrzymywał pomocników [*socios*], do wypłaconych już poprzedno 300 złotych dodano złotych 400; chirurgowi Michałowi za leczenie 26 piechurów pod Wielkiemi Łukami, licząc po 5 złotych od osoby, wypłacono zł. 130; również chirurgowi Henrykowi Hellerowi zapłacono za kuracyę 22 [zgodnie z wykazem — *iuxta re-*

gestrum] żołnierzy z piechoty polskiej. W roku 1600 chirurgom Maciejowi i Tobiaszowi za leczenie postrzelonych zapłacono za trzy miesiące złotych 412, łącznie z płacą dla wziętych przez nich do pomocy w obozie towarzyszów [*cum sociis*]. W tymże roku sześciu woźnicom, którzy przewozili narzędzia chirurgiczne i środki opatrunkowe [*instrumenta et necessaria chirurgica*] za kwartał złotych 216. — W rachunkach z lat 1603—1604 przeważa zapłata miesięczna. Natomiast lekarze, o ile wolno wnosić z jedynego przykładu, pobierali zapłatę w stosunku do liczby żołnierzy wogóle. Ten jedyny przykład znajdujemy w »Porachowaniu Skarbowem z Chorągwią Raytarską Wielmożnego IMPana Zigmunta Denhoffa«, któremu zapłacono za kwartał [w roku 1653] zł. 11635, a »z tey summy Panu Erbeniusowi Doktorowi od osoby per gr. 15 — flor. 18 gr. 15«. Jakoż istotnie chorągiew składała się ze 179 jezdnych. Ślady takiej rachuby znajdujemy również w czasach późniejszych, kiedy już nastąpiła organizacya służby zdrowia w wojsku, z tą wszelako różnicą, że lekarze nie pobierali płacy od liczby głów, lecz z żołdu każdego żołnierza strącano pewną kwotę na leki i utrzymanie służby zdrowia.

Czy regimenty zaciężne cudzoziemskie przychodziły z własną służbą lekarską, czy też dostawały ją w Polsce, trudno orzec, w każdym razie żołd dla tej służby płynął ze skarbu Rzeczypospolitej. W roku 1579 w liście płacy *militibus Almanis in partibus Germaniae conductis contraducem Moschov.* znajdują się pozycye: »medykowi miesięcznie złotych 30, chirurgowi 3«.

Wiemy już, że chirurgowie dostarczali własnych leków, pobierając za to osobne dopłaty, niektórzy zaś z nich, wyjeżdżając do obozu, odbierali ze skarbu z góry pewne kwoty na lekarstwa. Tak np. Bartłomiej, Chrystyan i Jerzy dostali na ten cel w roku 1651 po 1000 złotych każdy. Nadto w pochodzie towarzyszyły wojsku apteki polowe. Po bitwie pod Koronowem [1410 r.], kiedy w Inowrocławiu stawiono przed królem co najznaczniejszych jeńców, »przyjął wszystkich posilną wieczerzą, ranionych właściwemi lekarstwami opatrywać kazał« [Wapowski]. Mowa tu zapewne o aptece własnej królewskiej, nie stanowiącej jeszcze części składowej właściwego taboru wojska. Apteki takie miewali przy sobie również hetmani i nieraz użyczali z nich leków potrzebującemu rycerstwu. Znany był pod tym względem zwłaszcza Jędrzej z Górki [† 1551], słynny również biegłością w sztuce lekarskiej. Pisze o nim Sarnicki [w księgach hetmańskich]: »Byli niektórzy zacni Hetmani, którzy w lekarskich naukach byli uczeni, i gdy który z żołnierzów zachorował, wnet z swej szkatuły snać gotowsze lekarstwa niż drugi Doktor dobywszy, onym użyczali: jako był nieboszczyk P. Jędrzej z Górki, Kasztelan poznański. Ten u Staroduba będąc hetmanem, acz miał Lekarze, Doktory, snać lepiej niż inny... wszakoż jednak szkatuła u niego bywała lekarstwa i rzeczy osobliwszych, niż w znacznej aptece«.

Zresztą bardzo wcześnie, bo już na początku XVI wieku zjawia się aptekarz w obozie — Marcin z Grodziska. Towarzyszył on królowi Zygmuntowi w wyprawie moskiewskiej [1507—1508] i »czynił posługi«. Był wprawdzie Marcin aptekarzem królewskim i zapewne tylko skutkiem tego znalazł się w wojsku, jest jednak rzeczą prawdopodobną, że ze swojej apteki zaspokajał również potrzeby innych chorych. Stefanowi Batoremu towarzyszył stale Anioł Caborti, którego zasługi w prowadzeniu apteki polowej wyszczególnia akt nobilitacyi aptekarza. Że mowa tam już nie o aptece prywatnej króla, świadczą rachunki skarbowe: w roku 1580 wypłacono Cabortiemu 166 złotych i groszy $25^1/_2$ za leki przez niego wydane z przepisu doktora Buccelli rozmaitym osobom z dworu królewskiego przez czas od oblężenia Połocka do dnia 28 lipca, w roku zaś 1582 tenże aptekarz dostaje ze skarbu 139 złotych *pro diversis medicamentis ad castra apud eundem acceptis.* W roku 1640 Paweł Guldeniusz dostaje dwa wozy kryte, każdy w cztery konie zaprzężony, dla łatwiejszego przewożenia apteki obozowej [*campestris pharmacopolii*]. Gotfryd Reinhard, aptekarz kasztelana krakowskiego i hetmana Mikołaja Potockiego, oddaje wielkie usługi nietylko sporządzaniem leków w obozie, ale nawet skutecznem leczeniem chorych, za co w roku 1654 otrzymał tytuł dworski [*servitoratus*]. Takiejże nagrody dostąpił w roku 1658 chemik i aptekarz Jan Jerzy Hahn, który »w wyprawach wojennych wielce się wojsku przysłużył«. Na początku zaś wieku następnego, mianowicie w roku 1717, Winiarski ma już stanowisko ściśle określone w tytule — »aptekarz wojskowy«. Nazwę »apteka wojskowa« spotykamy nieco wcześniej, w roku 1710, kiedy zażądano w Krakowie 500 koszul lub wogóle płótna używanego do »apteki wojskowej«.

Podwody do przewożenia z wojskiem narzędzi chirurgicznych lub też aptek nie różniły się oczywiście od innych wozów taboru wojskowego. Nie było też osobnych, ku temu przysposobionych wozów pod przewóz ranionych i chorych; układano ich tak, jak można było i gdzie można było. »Rannych włożywszy na wozy... król Bolesław wrócił (1074 r.) z wojskiem zwycięzkiem do Polski«. [Długosz]. Wozy polskie wracały z pod Chocima »bez żywności, bez wojennych bagaży i domowych sprzętów: wieziono trupy rannych i schorzałych« [Jakób Sobieski]. Posuwali się więc chorzy razem z obozem, dzieląc z resztą wojska wszelkie niewygody takiej podróży, zwiększone cierpieniem; mieli za to opiekę lepszą, a zwłaszcza obronę w razie nieoczekiwanego natarcia nieprzyjaciół. Rachunki skarbowe z czasów Stefana Batorego zapisują kilka razy zapłatę chirurgom, którzy towarzyszyli transportowi ranionych żołnierzy. Można stamtąd wyrozumieć, że nie wożono ranionych za obozem, lecz odsyłano partyami do miejsc dogodniejszych i do leczenia sposobniejszych. Z pod Wielkich Łuk część ranionych wyprawiono pod opieką chirurga do Uświata, część zaś zatrzymano w miejscu — zapewne lżej rannych.

O lazaretach polowych, a nawet o szpitalach stałych dla wojska nie było wtedy jeszcze mowy i zakłady, znane pod nazwą *szpitali żołnierskich,* były jeno przytułkami dla »pokaleczonego«, w usługach ojczyzny steranego rycerstwa, a więc domami inwalidów, nie zaś szpitalami w dzisiejszem tego słowa znaczeniu. Było kilka takich szpitali żołnierskich: warszawski, przez króla Stefana założony, tykociński — fundacyi (1633 r.) Krzysztofa Wesołowskiego, marszałka nadwornego W. Ks. Litt., lwowski, na którego założenie Aleksander Zborowski dwór swój we Lwowie zapisał (1638 r.), kamieniecki — przez Michała Stanisławskiego w Kamieńcu Podolskim darowizną dwu wsi uposażony (1667 r.). Było jeszcze kilka większych i mniejszych

legatów bądź na szpitale, bądź na wsparcia przeznaczonych. Obok ofiarodawców prywatnych stoi Rzeczpospolita, która przez swoich przedstawicieli uchwalała na sejmach różnymi czasy »nagrodę żołnierzom«, a nadto zaraz w obozach, jak wskazują rachunki skarbowe, rozdawano żołnierzom wsparcia pieniężne *pro curanda valetudine et victu*, przyczem dzielono ich na lżej lub cięzej ranionych [*enormiter vulnerati*].

Dla uzupełnienia obrazu pozostaje nadmienić o przepisach, różnemi czasy wydawanych, a dotyczących higieny obozowej.

Artykuły wojskowe, uchwalane przez sejmy, jako też przygodnie przez hetmanów w obozach obwieszczane, wogóle skąpe treścią, dwie rzeczy mają przedewszystkiem na względzie: zalecają czystość i zakazują obecności »niewiast wszetecznych«. Ma być tedy poza obozem miejsce do grzebania trupów i do zakopywania wszelkich »plugastw«; mają być urządzone wychodki; rzeźnikom nie wolno bić bydła w obozie i t. d. Gwoli podtrzymaniu zdrowia i dobrego ducha wojsko ma się oddawać zabawom rycerskim: gonitwom, strzelaniu, robieniu bronią.

Nierządnicom groziły »artykuły« srogiemi karami: »wyświeceniem i u pręgierza sieczeniem«, a żołnierz, któryby brankę »do wszetecznictwa ważył się zażywać«, gardło miał dać. A surowe te kary bywały istotnie niekiedy wymierzane. Król Władysław Jagiełło pilnował, »aby żołnierz polski nie kalał się sromotą niewieścią« [Długosz]. W roku 1581, w czasie wyprawy pod Psków, »P. Hetman jedną panią wesołą dał ściąć, co porzuciwszy własnego męża do towarzysza jednego przyłączyła się, drugą z obozu wychłostawszy nos i uszy oberżnąć jej kazał« [ks. Jan Piotrowski].

Autorowie, piszący o »sprawach wojennych«, stawiają takie same wymagania co do czystości i porządku w obozie i stale zwracają uwagę na potrzebę przy wojsku doktorów, cyrulików, aptekarzy [St. Łaski]. Jan Tarnowski († 1561), a zanim Jan Zamoyski († 1605) żądają nadto osobnego *szpitalnego*, któryby chorych doglądał i opiekował się nimi w pochodzie, Stanisław Sarnicki dodaje do tego jeszcze *weneniste* do leczenia ran, zatrutemi strzałami zadanych. Wymienieni hetmani uznawali nadto potrzebę »niewiast kilka dusz« do pielęgnowania chorych. Stanisław Karliński, »Medyk y Alchimista« (1599 r.), człowiek w obozach i wyprawach wojennych bywały, sam jeden zachodzi jeszcze dalej, gdyż wbrew »artykułom« nie widzi w tem »zgorszenia... aby też panny z fraucymeru, któreby każdemu k woli były«, znajdowały się w obozie. Żąda on nawet, aby hetman stawał w ich obronie i dawał im »na ich pożywienie, a to przeto, aby ci, co żony swe mają, spokojnie z nimi sypiali, a ci co bez tego być nie chcą abo nie mogą, aby wiedzieli, gdzie obroków szukać«.

Z luźnych, dorywczych i niestety! bardzo skąpych wzmianek, rozproszonych po kronikach, przywilejach, pamiętnikach i rachunkach skarbowych, zebrała się oto garść faktów, charakteryzujących pomoc lekarską w wojsku polskiem przed zaprowadzeniem w niem stałej służby zdrowia, o której kiedyindziej powiemy.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Ostéoarthropathie hypertrophiante Mariego.

Podał

Antoni Gluziński.

W odróżnieniu od akromegalii opisał w r. 1890 Pierre Marie [1]) osobną postać zmian w układzie kostnym a częściowo w stawach, nie będącą w żadnym związku z akromegalią, nadając jej osobną nazwę »ostéoarthropathie hypertrophiante«. Zmiana ta polega w zasadzie na przeroście kości kończyn, zwłaszcza części nasadowych (epiphyses) przedramienia i piszczeli, na pałeczkowato zgrubiałych ostatnich członkach palców rąk i nóg, szponowato zgiętych paznokciach, a różni się od akromegalii brakiem zmian w okolicy śródręcza względnie śródstopia, tak charakterystycznych dla akromegalii, brakiem lub zaledwie (w niektórych przypadkach tylko) zaznaczeniem zmian w nosie, wargach, języku i zmian w kościach twarzy, a przy prześwietleniu promieniami Roentgena wykazaniem kalafiorowato zniekształconych ostatnich członków palców przy »ostéoarthropathie hypertrophiante«, gdy przy akromegalii mamy jednostajne zgrubienie nietylko kości, ale i części miękkich. Brak zmian w przysadce mózgowej przy »ostéoarthropathie hypertrophiante«, a stwierdzenie ich przy akromegalii, a w związku z tem często objawy od guza przysadki mózgowej pochodzące (zmiany w narządzie wzrokowym, cukromocz), uzupełniają obraz i pozwalają te postacie odróżnić od siebie.

Jedna z tych zmian przy »ostéoarthropathie hypertrophiante«, t. j. pałeczkowato zgrubiałe palce (Trommelschlagfinger) znana była od dawna nawet lekarzom starożytnym (Hipokrates), bezsprzecznie jednak Mariemu zawdzięczamy ujęcie całej sprawy w osobny obraz i podniesienie cech, odróżniających tę postać od również przez Mariego wyodrębnionej akromegalii.

Marie w dwóch kierunkach jednak uległ pomyłce; raz w związaniu tej zmiany w przyczynowy stosunek ze zmianami w płucach i stąd dodatek jego do przytoczonej już wyżej nazwy jeszcze przymiotnika »pneumique«, powtóre w łączeniu zmian opisanych w układzie kostnym ze zmianami w stawach, stąd nazwa »ostéoarthropathie«, gdy dalsze spostrzeżenia wykazały, że przeważna liczba przypadków zdarza się bez zmian w stawach, a więc zasługuje właściwie na nazwę „ostéopathie« i słusznie też Symes i Thomson [2]) proponują odróżnienie dwóch postaci t. j. »ostéopathie« i »ostéoarthropathie hypertrophiante«.

Związanie tej postaci przez Mariego ze zmianami tylko w płucach, a więc i dodatek »pneumique« okazał się niesłusznym, gdyż prawie równocześnie z Mariem opisując tę zmianę, Bamberger [3]) wykazał ją głównie przy rozstrzeniach oskrzelowych, a więc przy schorzeniu płuc, ale i przy wadach serca, a Teleky [4]), zestawiając wszystkie przypadki ogłoszone, stwierdza, że znajdujemy tę zmianę:

1) przy wszystkich ropnych i posocznicowatych spra-

---

[1]) Rev. de med. 1890. str. 1.
[2]) Ref. w Schmidt's Jahrb. T. 286. str. 179.
[3]) Zeif. f. klin. Med. 1890. T. 18. str. 193.
[4]) Wien. klin. Woch. 1897. str. 143.

wach w ustroju, a zwłaszcza przy jamach gruźliczych, oskrzelowych, ropieniach w opłucnej, w nerkach, przy przewlekłej czerwonce i t. d.;

2) po przebyciu wielu spraw zakaźnych i pod wpływem przewlekłych zatruć (zapalenie płuc, kiła, alkokolizm i t. d.);

3) przy wadach serca;

4) przy złośliwych nowotworach;

5) przy schorzeniach układu nerwowego a zwłaszcza syryngomyelii.

W ostatnich czasach autorowie francuscy (Bal i Alamarte, Liénaux) wysuwają na pierwszy plan jako przyczynę dla »ostéoarthropathie hypertrophiante« Mariego wpływ jadu gruźliczego, podobny, jak przy »rheumatisme tuberculeux« Ponceta.

Że z temi wszystkiemi zmianami jest związana sprawa w układzie kostnym, świadczą o tem np. przypadki cofnięcia się tych zboczeń po usunięciu przyczyny. Tak Denig [1]) opisuje poprawę po usunięciu drogą operacyjną zwężenia odźwiernika, powstałego na tle wrzodu, Rickman I. Godlee [2]) po usunięciu długotrwałego ropienia w jamie opłucnej, podtrzymywanego wpadniętym sączkiem i t. d.

Wykazanie tej różnolitej przyczyny dla tej zmiany nie wyjaśniło jednak jej patogenezy, nie postawiło tak jasno sprawy, jak przy akromegalii, dla której w zaburzeniu wydzielania wewnętrznego przysadki mózgowej (hypophysis), w jej hyperfunkcyi, a w związku z tem i z wpływem na inne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu (trzustka, jajniki i t. d.), znaleźliśmy wytłómaczenie obrazu chorobowego.

Przypuszczenie Massolongo [3]), że chodzi tu o jakąś »diathesis arthritica lub osteica« — jest słowem bez znaczenia. Badania wymiany materyi przy tej zmianie, jakich dokonali Guérin i Etienne [4]), stwierdzające przejściowe zwiększanie wydalania wapna, a zmniejszenie kwasu fosforowego, — sprawy nie rozjaśniły. Bamberger [5]), stwierdzając tę postać schorzenia układu kostnego, jak wspomniałem, przy jamach oskrzelowych, sądzi, że w rozkładającej się treści tych jam powstają połączenia, które dostawszy się do ogólnego obiegu, stanowią bodziec dla tkanki kostnej; gdy znów przy wadach sercowych tym bodźcem ma być zastój żylny (co się nie zgadza ze spostrzeżeniem klinicznem, bo zmiany te stwierdza się przy wadach serca i bez zastoju żylnego). To znowu w toksynach pewnych (po chorobach zakaźnych), w ostatnich czasach, jak wspomniałem, w toksynach szczególnie gruźliczych lub w trujących substancyach (alkohol) upatrywano bodziec, powodujący tę zmianę, wskazując dla objaśnienia na arsen i fosfor, których działanie drażniące układ kostny farmokologia i klinika stwierdziła. Sprawa patogenezy tego cierpienia, jak widzimy, do dziś dnia nierozjaśniona.

Różnolitość warunków, wśród jakich »ostéoarthropathie hypertrophiante« Mariego występuje, a jednolitość mimoto obrazu klinicznego nasuwa przecież myśl, że wszystkie te różnolite przyczyny wywołują tę postać chorobową, działając na jeden punkt niejako ustroju, a ten dopiero wywołuje jednolitą zmianę.

---

[1]) Münch. med. Woch. 1901. str. 380.
[2]) ref. Schmidt's Jahrb. T. 254. str. 240.
[3]) ref. Schmidt's Jahrb. T. 259. str. 22.
[4]) ref. Schmidt's Jahrb. T. 254. str. 240.
[5]) l. c.

Właśnie tę myśl musi nasuwać przypadek, który zamyślam podać, a który odskakuje tak wybitnie odnośnie do etyologii od znanych dotąd przypadków.

W dniu 2. czerwca 1909. przyjęto do kliniki mojej kobietę Józefę H. lat 30 liczącą, która podała następujące wywiady:

Z rodziców chorej żyje matka, zdrowa, lat 78 licząca; ojciec umarł w 72. roku życia. Brat i dwie siostry zdrowe. Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. Prócz odry w dzieciństwie żadnej choroby nie przebywała. Wyszła za mąż w 20. roku życia. Pierwsza regularność wystąpiła w 24 roku życia, miernie obfita; w 14 miesięcy po tej regularności (innej nie było) urodziła jedyną córkę. Po porodzie występowała regularność dwa razy do roku, coraz skąpsza, a ostatnia w styczniu 1909, tylko jeden dzień trwająca. Dwa miesiące przed pojawieniem się pierwszej regularności odczuwała chora ból w nogach, rozpromieniający się ku wielkim palcom. Ból ten ze zmiennem natężeniem miał być w zimie silniejszy, a w lecie mniej dokuczliwy, nie przeszkadzał chorej ani chodzić, ani pracować.

Przed 3 laty zauważyła chora, że obie kostki na goleni równocześnie zgrubiały — zgrubiały i końce palców, bóle się zwiększyły — natężenie bólów i stopień zgrubienia miały ulegać wahaniom, a od zimy 1908 r. zmiany są już stałe i wtedy również zauważyła i zgrubienie palców u rąk i obwodowych części przedramienia. Chora stwierdza sama, że z chwilą zjawienia się peryodu (dwa razy do roku) wszystkie objawy, a zwłaszcza bóle malały, a podczas regularności ostatniej w styczniu b. r. bóle znikły na 6 tygodni, zgrubienia jednak pozostały. Chora w ostatnich czasach zeszczuplała, włosy coraz więcej jej wypadają, śpi źle z powodu bólów w kończynach.

Stan obecny. Chora wzrostu średniego, budowy kośćca wątłej, mięśnie słabo rozwinięte, nigdzie zaniku nie przedstawiają. Skóra blada, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Narząd oddechowy i narząd krążenia bez zmian. W jamie brzusznej nic nieprawidłowego wykazać nie można z wyjątkiem powiększonej śledziony. Czynności żołądka i jelit bez zmian. Mocz c. g. 1·028, składu prawidłowego.

Czaszka prawidłowo zbudowana, przy opukiwaniu nie bolesna. W zakresie nn. mózgowych zboczeń się nie stwierdza. Źrenice oddziałują dobrze na światło i akomodacyę. Kości nosa i twarzy zmian nie okazują. Zęby dobrze utrzymane. Wargi nie zgrubiałe, język wielkości prawidłowej, lekko obłożony. Na kończynach górnych stwierdzić można, że dolna część przedramienia t. j. dolna część kości sprychowej i łokciowej tuż nad stawem nadgarstkowym na przestrzeni 5 cm. jest zgrubiała, a stawy nadgarstkowe są zupełnie wolne. Kości śródręcza i III i II członek palców zmian nie okazują — natomiast I członek palców jest wybitnie pałeczkowato zgrubiały, a zgrubiałe paznokcie wyraźnie kabłąkowato zagięte. Na kończynach dolnych okazują się podobne zmiany. Dolna część piszczeli i strzałki znacznie zgrubiałe najwyraźniej w samym dole. Staw skokowy prawidłowy. Kości śródstopia bez zmiany, ostatnie członki palców znów pałeczkowato zgrubiałe, a zgrubiałe paznokcie kabłąkowato zagięte. Skóra wszędzie i nad zgrubieniami prawidłowa, tylko nad zgrubiałymi członkami palców różowsza, lśniąca, może nieco zgrubiała. Badanie promieniami Roentgena potwierdza, że zmiany opisane pochodzą od zmian w układzie kostnym, a ostatnie członki palców przedstawiają charakterystyczny obraz kalafiorowato rozstrzępionych kości. Stawy nigdzie nie zajęte, kręgosłup prosty, bez zmian, w części lędźwiowej przy dotykaniu nieco bolesny. Kości zresztą nigdzie zmian nie przedstawiają.

Czucie wszędzie prawidłowe. Odruchy prawidłowe, tylko odruch gardłowy zniesiony. Narząd wzrokowy (i pole widzenia) zboczeń nie okazuje. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Badanie promieniami Roentgena wykazuje prawidłowe rozmiary przysadki mózgowej (hypophysis). Macica mała. Ciepłota prawidłowa. Próba Pirqueta i Calmattea ujemna. Próba Wassermana ujemna. Badanie krwi wykazuje stan następujący: Ciałka czerwone: 4.800.000, Hgl. 70, ciałek białych 2.800, a z tych wielojądrzastych neutr. 57%, wielojądrzastych eozyn. 4%, limfocytów m. 25%, przejściowych 11%, tucznych 1·5%, myeloc. neutr. 1%.

Obraz zmian w układzie kostnym był w przypadku opisanym tak charakterystyczny, iż nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że się ma przed sobą zmianę, ujętą przez

Mariego w tę jednostkę chorobową zwaną »ostéoarthropathie hypertrophiante«, tylko z zastrzeżeniem, że przypadek nasz należy do opisanej grupy czystych zmian w układzie kostnym bez zmian w stawach, a więc zasługuje na nazwę »ostéite hypertrophiante«.

Nie ze stanowiska jednak obrazu klinicznego, lecz ze względu na etyologię, mogącą rzucić pewne światło na patogenezę tego cierpienia, przypadek opisany jest ważny. Odnośnie do etyologii odskakuje on od wszystkich znanych przypadków. Nie gra tu roli żadna ze znanych przyczyn. Nie mamy ani zmian w narządzie oddechowym, ani w narządzie krążenia; chora nie przebywała żadnych chorób zakaźnych ostrych z wyjątkiem odry w dzieciństwie, ani przewlekłych (kiła, gruźlica, zimnica, — ujemna próba: Wassermanna, Pirqueta, Calmetta, brak zmian zimniczych we krwi i danych w wywiadach), nie podlegała żadnym zatruciom (alkohol, zmiany w przewodzie pokarmowym), nie przedstawia spraw nowotworowych, ani zboczeń w układzie nerwowym, jednem słowem odskakuje wybitnie w kierunku etyologii od utartych dzisiaj poglądów.

A jednak gdzieś przyczyny szukać trzeba dla zmiany, która od dziesięciu lat zwolna, z natężeniami zmiennemi, u chorej się rozwijała; trzeba ją związać, jeżeli nie z wymienionemi ogólnie przyjmowanemi przyczynami, bo ich u naszej chorej nie było, — to z jakąś zmianą ustrojową, na którą nie zwrócono dotychczas uwagi.

W naszym przypadku mimowoli przyjść musi myśl związania tej sprawy z zaburzeniem tak wybitnem u chorej, na związek z którem ona sama zwraca uwagę. Widzieliśmy, że u tej kobiety 30-letniej, zaledwie w 24. roku życia zjawia się pierwsza regularność, że w dalszych latach zjawia się ona bardzo rzadko, bo tylko dwa razy do roku, i to bardzo skąpa (jeden dzień trwająca), a macica przedstawia się jako »uterus parvus, infantilis«. Wprawdzie raz, po pierwszej regularności w kilka miesięcy, zachodzi w ciążę, mamy jednak prawo powiedzieć, że czynność jajników u naszej chorej była w wysokim stopniu upośledzona. Czy źródłem tego czynnościowego zaburzenia był tylko niedorozwój w pewnym kierunku narządu płciowego, co najprawdopodobniejsze wobec małej macicy, czy pierwotnie lub następowo grały tu rolę także zaburzenia i w innych gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, trudno rozstrzygnąć. Badanie przysadki mózgowej, gruczołu tarczowego — zmian nie wykazywało, pewne zaburzenia mogły jednak istnieć, gdyż np. lewulozurya po 100 gr podanych wystąpiła u naszej chorej wybitnie mimo braku zmian w wątrobie. Idźmy dalej. Sama chora zwraca uwagę, że pierwsze bóle w kończynach zjawiły się koło 20. r. życia (nie miała jeszcze regularności), t. j. gdy w tym okresie życia brakło naturalnego bodźca lub powstał w związku z tem zboczeniem inny patologiczny bodziec, zwraca dalej uwagę sama chora, że rzadkim chwilom zjawiania się peryodu towarzyszyły złagodnienie lub ustanie bólów, a nawet zmniejszenie się zgrubień, że z biegiem lat nietylko rzadkim, ale coraz skąpszym miesiączkom odpowiada coraz wyraźniejsze i stalsze posuwanie się sprawy chorobowej. Jest tu tak wybitny związek między zaburzeniem czynności narządu płciowego a opisaną zmianą, że wyciska on piętno na naszym przypadku, nadaje mu całą ważność, bo usprawiedliwia przypuszczenie, że przyczyną ostateczną zmiany w układzie kostnym jest zaburzenie w wydzielaniu narządów o wydzielaniu wewnętrznem.

»Ostéoarthropathie hypertrophiante« zbliżałaby się zatem ku akromegalii nie pod względem obrazu klinicznego, lecz patogenezy, t. j. zaliczałaby się do grupy zmian zawisłych od zaburzeń wydzielania wewnętrznego z tą różnicą, że dla akromegalii mamy już udowodniony bezsprzeczny związek z czynnością (podwyższoną) przysadki mózgowej; dla »ostéoarthropathie hypertrophiante« szukać go dopiero musimy. Szukać go musimy, bo jakkolwiek w naszym przypadku ten związek przyczynowy między zmianą w układzie kostnym, a upośledzeniem czynności narządu płciowego nie ulega wątpliwości, to ani kierunku tego zboczenia nie znamy, ani nie możemy powiedzieć, czy upośledzenie to jest pierwotne (co w naszym przypadku prawdopodobne), czy następowe jako wynik niedorozwoju pewnych gruczołów (gruczoł tarczowy, przysadka) lub istnienia gruczołu, który zaniknąć w tym okresie życia powinien (grasica itd.). Uderza np. w naszym przypadku zachowanie się krwi, która wykazuje tak wybitną leukopenię z charakterem limfemicznym, a które to cechy krwi stwierdziłem przy tak zwanym »status lymphatico-thymicus«, to też nasuwała się np. myśl, czy w naszym przypadku niema grasicy przetrwałej (thymus persistens), badanie jednak fizyczne (stłumienie nad rękojeścią mostka) i promieniami Roentgena dało w tym kierunku wynik ujemny. W niektórych ogłoszonych spostrzeżeniach uderza znowu, że niekiedy stwierdzono w przypadkach »ostéoarthropathie hypertrophiante« pewien zaledwie zaznaczony odcień rysów akromegalicznych, np. wysunięcie szczęki, co znowu świadczyćby mogło, że w pewnych przypadkach podnosi się czynność przysadki mózgowej, a o związku czynności przysadki mózgowej z czynnością narządu płciowego mamy dość już danych, choćby przytoczyć zmiany w przysadce, zachodzące w czasie ciąży. Zawisłość czynności jednego gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu z drugim, a stąd i wpływ ich na obraz kliniczny jest nam dzisiaj znany, — i to jest powód, że mimo tak wybitnego zaburzenia czynności narządu płciowego, jak u naszej chorej i niezaprzeczonego związku ze zmianą chorobową w układzie kostnym, wstrzymuję się od upatrywania przyczyny tylko w zmianach czynności narządu płciowego. W każdym razie przypadek nasz poucza, że przyczyny dla »ostéoarthropathie hypertrophiante«, podobnie jak dla akromegalii, szukać winniśmy w zaburzeniu wewnętrznego wydzielania; w tym kierunku powinniśmy skierować nasze usiłowania przyszłych badań; wtedy zrozumiałą nam się stanie patogeneza tej sprawy, objaśniająca nam, dlaczego tak różnolite przyczyny wywołują jednakowy obraz chorobowy, bo wszystkie one, chociaż różnemi drogami, wywołują jeden skutek, t. j. zaburzenie czynności w pewnym kierunku któregoś gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu. Oto kierunek przyszłych badań dla rozjaśnienia patogenezy »ostéoarthropathie hypertrophiante«.

Naczynia limfatyczne w świetle nowszych badań

Podał

H. Hoyer.

W ostatnich 50 latach, które odznaczają się olbrzymim postępem w badaniach nad rozwojem i budową tkanek i narządów, badania nad rozwojem układu limfatycznego nie posunęły się prawie wcale naprzód. Wyrazem tego są podręczniki embryologii; w starszych jak w podręczniku Balfoura (1881) rozwój naczyń limfatycznych omówiony jest na pół kartce, a w kilkutomowem dziele zbiorowem, wydanem pod redakcyą Hertwiga w roku 1906, poświęcono temu przedmiotowi 2 kartki.

Przyczyny tego szukać należy w mniejszym stopniu w trudnościach technicznych badań, niż raczej w głęboko zakorzenionym poglądzie, że naczynia limfatyczne rozpoczynają się końcami otwartymi w lukach i szczelinach tkanek.

To też zbadanie rozwoju naczyń, nie mających zamkniętych zakończeń, musiało wydawać się każdemu pracą bezowocną, ponieważ trudno sobie wyobrazić metodę, jaką należałoby obrać dla tego rodzaju badań.

Pomijając zapatrywania dawniejszych badaczy nad początkami naczyń limfatycznych, przytaczam tylko te, które opierają się na badaniach histologicznych. Virchow i Donders (1851) wykazali pierwsi, że w tkance łącznej istnieją gwiazdkowate komórki, którym Virchow nadał nazwę ciałek tkanki łącznej i które utożsamiał z komórkami chrząstki i kości. Komórki tkanki łącznej zawierałyby według niego płyn plazmatyczny i jądra, a łącząc się między sobą licznemi rurkowatemi zespoleniami, tworzyłyby wraz z wypustkami układ drobnych kanalików. Kanaliki, znajdujące się wszędzie tam, gdzie jest tkanka łączna, stanowiłyby początki naczyń limfatycznych. W myśl Virchowa przedstawił nawet Leydig (1857) drogę, pośredniczącą między naczyniami krwionośnemi i limfatycznemi, w swym podręczniku na schematycznej rycinie (str. 403). Teoryę Virchowa Recklinghausen (1862) zmienił i pogłębił znacznie. Badając ciałka tkanki łącznej Virchowa w rogówce, w ścięgnach, w błonach ścięgnistych, powięziach i tkance podskórnej, dochodzi on do wniosku, że między włóknami tkanki łącznej istnieją szczelinowate przestwory, które między sobą stoją w połączeniu za pośrednictwem drobnych kanalików. W tych przestworach mieściłyby się ciałka czyli komórki tkanki łącznej. Zapomocą nastrzykiwań udało się Recklinghausenowi wykazać związek tych przestworów i kanalików z naczyniami limfatycznemi. Stąd wnosi on, że początku naczyń limfatycznych należy szukać w przestworach tkanki łącznej, w których mieszczą się komórki, ale które nie mają swych ścian. Przestwory te nazwał szczelinami limfatycznemi (Saftkanälchen). Brücke (1854) omawia sprawę początków naczyń limfatycznych ze stanowiska fizyologicznego i uważa istnienie zamkniętych zakończeń za niemożliwe, ponieważ parcie płynu w tkankach musiałoby zacisnąć delikatne naczyńka limfatyczne i sprowadzić w nich ruch limfy do minimum. Ponieważ wchłanianie w jelicie i w tkankach odbywa się, jak wiemy, dość szybko, zatem i prąd limfy porusza się w naczyniach widocznie z dość znaczną szybkością. Końce naczyń więc nie mogą być zamknięte, lecz otwarte, sięgające w szczeliny i luki tkanek. Brücke wygłosił zapatrywanie swoje jako teoretyczny postulat, który później dopiero na podstawie badań histologicznych Recklinghausena otrzymał pewne uzasadnienie morfologiczne. Podobne stanowisko jak Brücke zajął także fizyolog Ludwig wraz ze swoją szkołą.

W przeciwieństwie do zapatrywań tych autorów stoi Teichmann (1861), który twierdzi, że naczynia limfatyczne przedłużają się wprawdzie w komórki, w nich jednak się kończą. Komórki te miałyby kształt gwiazdzisty i łączyłyby się między sobą swemi wypustkami, tworząc w błonach siateczkowaty układ kanalików, w brodawkach zaś skóry i języka jak i w kosmkach jelita kończyłyby się kanalikami zamkniętymi. Teichmann nazywa te komórki chłonnonaczyniowemi (Saugaderzellen) i odróżnia je od ciałek tkanki łącznej Virchowa i Leydiga.

Dla wyjaśnienia dodać tu należy, że ograniczenie naczyń komórkami śródbłonkowemi wówczas nie było jeszcze znane. Komórki śródbłonka w błonach surowiczych i w ścianach naczyń limfatycznych wykazał pierwszy Recklinghausen, a w ścianach naczyń krwionośnych Hoyer sen. w r. 1865, a następnie Klebs, Auerbach, Eberth i Aeby. Ponieważ Teichmann ściśle odróżniał komórki chłonnonaczyniowe od komórek tkanki łącznej, nie ma wątpliwości, że wówczas widział komórki śródbłonka ogradzające naczynia. Stanowisko Teichmanna, przynajmniej co do końców zamkniętych naczyń chłonnych w kosmkach jelita, nie było zupełnie odosobnione. Zakończenia zamknięte przyjmowali tak poważni autorowie, jak J. Müller, Schwann, Henle, Kölliker i Hyrtl. Dla reszty naczyń limfatycznych przyjmowano zakończenia otwarte, o czem świadczy ogromna ilość prac histologicznych, histologiczno-doświadczalnych i histologiczno-patologicznych, opierających się na teoryi Recklinghausena. Jednym z głównych powodów rozpowszechnienia tej teoryi było zastosowanie rozmaitych metod, jak srebrzenia i złocenia tkanek, odmiennych od metody Teichmanna. Dopiero w ostatnich czasach badacze, stosując według wskazówek Geroty metodę nastrzykiwania naczyń limfatycznych dla dokładnego zbadania ich topografii w ciele ludzkiem, stwierdzają ponownie, że rozpoczynają się one zamkniętymi końcami.

Wobec takiego stanu rzeczy, nie należy się dziwić, że nie zajmowano się prawie wcale rozwojem naczyń limfatycznych. Jedyne prace, dotyczące rozwoju, ogłosili Langer (1866 i 1868), Budge (1880 i 1882), Jourdain (1882) i Weliky (1884 i 1889). Langer, Jourdain i Weliky zajmują się układem limfatycznym kijanek, mianowicie Langer opisuje ułożenie naczyń w ogonku, Jourdain na głowie i omawia stosunek naczyń do późniejszych worków, a Weliky serca limfatyczne. Z prac tych nie dowiadujemy się jednak niczego o właściwym rozwoju układu limfatycznego, ani też nie otrzymujemy całkowitego obrazu układu i jego stosunku do układu naczyń krwionośnych, ponieważ zawierają tylko opis pewnych okolic ciała. Tylko z prac Rougeta (1873) i Köllikera (1885), przeprowadzonych również nad naczyniami limfatycznemi w ogonie kijanek, dowiadujemy się, że naczynia limfatyczne rozrastają się drogą pączkowania w ten sam sposób, jak naczynia krwionośne.

Nieco dalej ku pierwszym początkom rozwoju sięgają

prace Budgego, który badał naczynia limfatyczne w rozwijającem się kurczęciu. Budge rozróżnia obieg limfatyczny pierwotny, zawiązujący się w tarczy zarodkowej i rozprzestrzeniający się na woreczku żółtkowym i obieg wtórny, który bierze początek w omoczni (allantois) i wnika wraz z naczyniami krwionośnemi do wnętrza ciała.

Równocześnie wykazał Budge istnienie serc limfatycznych kurczęcia w kącie między kośćmi miednicy i kością ogonową. Serca te są czynne tylko do czasu wykłucia się kurczęcia, następnie zaś giną. I prace Budgego stanowią tylko małe przyczynki do sprawy rozwoju naczyń limfatycznych, których opis obiegu pierwotnego w tarczy naczyniowej przez późniejszych badaczy nie został (Sabin 1902, Mierzejewski 1910) potwierdzony.

Dalsze badania nad rozwojem naczyń limfatycznych podjęte zostały przez sędziwego Ranviera, który pracę swą z roku 1895 rozpoczyna następującem zdaniem: »On ne sait rien ou presque rien sur le développement des vaisseaux lymphatiques«. Badając zapomocą nastrzykiwań naczynia limfatyczne w uchu królika, w krezce i skórze zarodków świni i w skórze żaby, dochodzi on do wniosku, że naczynia te powstają przez pączkowanie, wyrastając od ośrodków, t. j. żył, w kierunku obwodowym. Ranvier uważa układ limfatyczny za wielki gruczoł naczyniowy, który ma swój początek embryologiczny w układzie żylnym i który doprowadza swoje produkty wydzielnicze również do żył. Z wielką stanowczością broni Ranvier zapatrywania o zamkniętych zakończeniach naczyń limfatycznych.

Ta zasadnicza zmiana w zapatrywaniach na końce naczyń limfatycznych wpłynęła bardzo korzystnie na wszystkie dalsze badania, zwłaszcza na pracę Amerykanina Mac Callum (1902), zajmującą się stosunkiem naczyń limfatycznych do tkanki łącznej. Mac Callum nietylko powtórzył prawie wszystkie badania Recklinghausena, lecz znacznie je rozszerzył, biorąc do badań skórę zarodków świń. Nastrzykawszy w niej naczynia limfatyczne zapomocą strzykawki Prawatza, badał je po odpreparowaniu pod mikroskopem, albo już odpreparowaną skórę nastrzykiwał pod mikroskopem dwuocznym. Preparaty barwił i rozpatrywał bezpośrednio lub też na skrawkach. W żadnym przypadku nie widział połączenia naczyń limfatycznych z przestworami sokowymi poza naczyniami. Przestwory w tkance wypełniały się jedynie wówczas, gdy naczyńko jakieś przerwało się pod ciśnieniem masy. Wynaczyniona masa użyta do wstrzykiwań (błękit pruski albo rozczyn azotanu srebra) rozlewały się w tkance, wnikając we wszystkie przestwory. Nie udało mu się również wykazać w naczyniach limfatycznych otworków (stomata), które opisał Recklinghausen, które stanowiłyby drogę do przestworów sokowych. Drobnoziarniste ciała, jak karmin i cynober, wprowadzone do jamy ciała lub do naczyń krwionośnych przenoszą, zdaniem Mac Calluma, fagocyty do naczyń limfatycznych. Najważniejszym jednak wynikiem, do którego doszedł ten badacz, jest wykazanie ślepych zakończeń naczyń limfatycznych, w których płyn użyty do wstrzykiwań nie dał się żadną miarą przesunąć dalej bez naruszenia ścianki. W innym przypadku można było wcisnąć wstrzyknięty płyn w naczynie tylko na pewnej przestrzeni, dalsze przedłużenie naczynia tworzył niedrożny, jeszcze lity sznur komórek, między któremi miało dopiero tworzyć się światło. Wyniki tej pracy były więc wręcz przeciwne wynikom pracy Recklinghausena.

Zapoznawszy się z pracą Mac Calluma w manuskrypcie, bada panna Sabin już systematycznie rozwój naczyń limfatycznych u zarodków świń i ogłasza w tym samym roku co i Mac Callum (1902) najgłówniejsze wyniki swych badań. U zarodka świni, mającego 14 mm długości, odpowiadającego 5-tygodniowemu ludzkiemu, nie ma jeszcze śladu naczyń limfatycznych podskórnych, istnieją natomiast naczynia krwionośne, które dają się nastrzykać. Po długich mozolnych próbach doszła panna Sabin do przekonania, że pierwsze naczyńka podskórne pojawiają się u zarodków, mających 2,5 cm długości, w postaci małych krzaczków, wyrastających z głębi po obu stronach szyi nad stawem barkowym. U zarodka, mającego 3 cm długości, rozchodzą się te naczyńka promienisto z tego ośrodka w 3 głównych kierunkach, mianowicie między uchem i okiem, za uchem na kark i na łopatkę. U 4,3 cm długich zarodków naczynia te rozprzestrzeniają się jeszcze więcej, zwłaszcza pęczki karkowe i łopatkowe, które łączą się z obu stron na grzbiecie. Nadto pojawia się w okolicy pachwinowej bezpośrednio nad grzebieniem kości biodrowej pęczek naczyń, tworzący nowy ośrodek promieniowania. U zarodków 5,5 – 6,5 cm długich cała powierzchnia ciała jest już pokryta nieprzerwaną siecią naczyń, które łączą się między sobą w linii środkowej ciała i zachodzą na głowę i odnóża. Młodsze zarodki, u których metoda nastrzykiwań nie dała się zastosować, badała panna Sabin w skrawkach kolejnych.

Otóż okazało się, że u zarodków, mających 14,5 mm długości, wyrasta w miejscu połączenia się żył (v. cardinalis i subclavia) ślepo kończący się pęcherzyk, ogrodzony śródbłonkiem, który łączy się bezpośrednio ze śródbłonkiem żył. Z niego powstaje z biegiem czasu wyżej wspomniany pierwszy ośrodek rozpromieniania się nad stawem barkowym. Pracą tą potwierdziła panna Sabin zapatrywania Ranviera o powstaniu układu limfatycznego z żył, wykazała jego rozrost ku częściom obwodowym ciała, a nadto dała obraz układu podskórnego, który uzupełniła jeszcze pracą ogłoszoną w r. 1904.

Badania te zachęciły cały szereg innych badaczy amerykańskich do dalszej pracy. W r. 1905 ogłasza Lewis pracę o rozwoju naczyń limfatycznych królika. Ponieważ badał stosunki te tylko na skrawkach kolejnych bez poprzedniego nastrzykiwania, porównując je tylko z odpowiednimi zarodkami świni i kota, dochodzi badacz ten do nieco odmiennych wyników, niż p. Sabin. Wprawdzie i on wyprowadza układ limfatyczny z żył, twierdzi jednak, że z głównych pni żylnych powstają drobne gałązki, które następnie tracąc swój związek z żyłami, zlewają się między sobą, tworząc samodzielny układ, który łączy się dopiero następowo w miejscu ujścia przewodu piersiowego z żyłami. Odmienne stanowisko Lewisa tłómaczy się metodą, którą się posługiwał i przedmiotem, który badał, zwracając uwagę głównie na rozwój pni limfatycznych, a przedewszystkiem przewodu piersiowego.

Jeszcze inne poglądy co do pierwszych okresów rozwoju wygłaszają Mc Clure i Huntigton w szeregu publikacyi (1908—1910), opierając się na badaniach nienastrzykanych skrawków kolejnych z licznych zarodków kota. Według nich wytwarzają się liczne zawiązki układu limfa-

tycznego zupełnie niezależnie od żył, jednak wzdłuż przebiegu głównych pni jako przestwory w tkance łącznej.

Przestwory te, odgrodzone śródbłonkiem, zlewają się następnie między sobą, tworząc zawiązek przewodu piersiowego. Przedni koniec przewodu piersiowego jest pochodzenia innego, mianowicie wytwarza się z licznych drobnych żył, które oddzielając się od głównego pnia żylnego, zlewają się ze sobą. Skutkiem tego wytwarza się większa przestrzeń, nazwana z powodu swego położenia workiem limfatycznym szyjnym, który za pośrednictwem małego naczyńka, jednak niestałego i niedefinitywnego, stoi w związku z głównym pniem żylnym. Otóż z tym workiem łączy się ów przewód piersiowy, powstały zupełnie niezależnie od worka, w jedną całość. Ujście worka przy zbiegu żyły szyjnej i podobojczykowej wytwarza się dopiero później i następowo. Prócz tego mogą nastąpić jeszcze dalsze stałe połączenia wtórne między przewodem piersiowym i pniami żylnymi, jak to wykazał Silvester u jednego gatunku małp w okolicy nerkowej. Według badań Baetjera (1908) wytwarza się w korzeniu krezki w ten sam sposób worek limfatyczny, jak i szyjny, z poszczególnych zawiązków żylnych, które łączą się w jedną całość, a następnie z dolnym końcem przewodu piersiowego.

Taką samą drogę rozwoju przyjmuje panna Sabin na podstawie dalszych badań dla worka szyjnego, prostując pierwotne zapatrywanie. Zestawiając z tymi wynikami badania Pensy (1907) i Mierzejewskiego (1909) u zarodków ptaków, Polińskiego (1910) u zarodków bydła rogatego i Sabin (1909) u człowieka, nie ulegałoby wątpliwości, że u wyższych kręgowców worek limfatyczny szyjny powstaje z drobnych, tworzących splot naczyń żylnych.

U kijanek żab rozwój tej części układu limfatycznego jest wielce uproszczony (Hoyer 1908), ponieważ z gałązki (v. intersegmentalis) głównego pnia (v. cardinalis ant.) wyrasta zawiązek ślepo się kończący, który przekształca się następnie na pęcherzyk, odpowiadający swem położeniem wyrostkowi limfatycznemu szyjnemu, lecz stanowiący późniejsze przednie serce limfatyczne, które posiada w ściankach swych mięśnie prążkowane i kurczy się rytmicznie.

Co się tyczy rozwoju dalszych części układu limfatycznego, to wynika z powyższego zestawienia, że dla przewodu piersiowego przyjmuje się 3 sposoby rozwoju, mianowicie przez rozrost pierwotnego zawiązka worka szyjnego ku tylnym częściom ciała (Sabin), przez rozszczepienie się głównych pni żylnych na naczynie do żyły równolegle biegnące, z którego powstaje przewód piersiowy (ductus thoracicus) (Lewis), a nareszcie z przestworów w mezodermie, niezależnie od żył (Mc Clure i Huntigton). Które z tych zapatrywań jest słuszne, okaże się dopiero z dalszych badań. Wobec bardzo niestałych form, jakie zdarzają się w układzie limfatycznym w ogólności, nie jest wyłączonem, że w przebiegu pni żylnych mogą powstać z nich liczniejsze zawiązki dla głównych pni limfatycznych, prócz zawiązka dla worka szyjnego. Dowodem tego jest stałe połączenie między żyłą i przewodem piersiowym, opisane przez Sylvestra, u małpy, dalej worek krezkowy, wykazany przez Baetjera, nareszcie przez Wutzera dokładnie stwierdzony przypadek trzykrotnego połączenia między przewodem piersiowym i żyłą nieparzystą (vena azygos) u człowieka. Wszystkie tego rodzaju połączenia uważam jednak za pierwotne, nie zaś za wtórne, jakby to wynikało z zapatrywań Mc Clurea i Huntingtona.

W ustroju płazów, gadów i ptaków istnieje nadto jeszcze jedno miejsce, w którem układ żylny łączy się z układem limfatycznym albo na stałe albo czasowo, mianowicie okolica nasady ogona. W ścisłym związku z żyłami intersegmentalnemi ogonowemi pozostaje pęcherzyk, który odpowiada workowi szyjnemu i różnicuje się na tylne serce limfatyczne. U płazów powstaje ono według badań Barańskiego (1911) bezpośrednio ze ścian żyły. U gadów według Stromstena (1910) z przestworów w tkance, które następnie dopiero łączą się z żyłami, u ptaków według Sali (1900) i Mierzejewskiego w związku z żyłami. Serca tylne odprowadzają limfę z tylnej części ciała do żył, istnieją przez całe życie u płazów, gadów i pewnych ptaków wodnych, u kurakowatych zaś są tworami przemijającymi, znikającymi po wykłuciu się z jajka. U zwierząt ssących dotychczas nie wykazano w tem miejscu połączenia między układem żylnym i limfatycznym, nie jest ono jednak i tutaj wyłączonem. Wskazują na to badania panny Sabin, która pierwsza stwierdziła u zarodków świni istnienie t. zw. worków limfatycznych tylnych, które w pierwszej swej pracy wprost nazywa tylnemi sercami limfatycznemi. Z nich powstałyby tylne ośrodki rozpromieniania się dla naczyń podskórnych. Byłoby więc możliwem, że połączenie to pierwotnie istnieje, że jednak później, gdy naczynia limfatyczne podskórne tylnej części ciała połączyły się z naczyniami przedniej części, staje się zbytecznem i ginie.

O ile rozwój przewodu piersiowego z powodu stosowania rozmaitych metod i użycia rozmaitego materyału przez autorów nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony, to zapatrywania autorów co do powstawania naczyń obwodowych są zupełnie zgodne. Wszyscy podzielają zdanie dawniejszych badaczy, mianowicie, że naczynia limfatyczne rozwijają się jak krwionośne — przez pączkowanie. Dalszych dowodów na to przysporzyły badania Goldfingerówny 1907), Clarka (1909) i Dziurzyńskiego (1911), którzy badali zachowanie się naczyń limfatycznych w odradzających się kończynach, względnie ogonie prawidłowym i odradzającym się kijanek i którzy wszyscy stwierdzają rozrost naczyń limfatycznych w kierunku obwodowym, jednak dopiero po zawiązaniu się naczyń krwionośnych.

W obręb badań nad układem limfatycznym wciągnięte zostały także ryby (Trois, Favaro, Allen, Możejko) i gady (Stromsten), spodziewać się więc należy, że badania najbliższych lat przyniosą materyał dostateczny do opracowania morfologii układu limfatycznego, choć i teraz już na podstawie dotychczasowych badań pewne wnioski są dopuszczalne. Mianowicie można przyjąć, 1) że układ limfatyczny rozwija się dopiero po zawiązaniu się układu krwionośnego, 2) że rozwija się w ścisłym związku z nim zupełnie symetrycznie po obu częściach ciała, 3) że rozrasta się od środka ciała ku obwodowi, i 4) że gałązki jego obwodowe są stale ślepo zakończone.

O wartości praktycznej klinicznych sposobów pomocniczych badania wysięków i przesięków.

Podał

Władysław Janowski.

Celem niniejszej notatki nie jest gruntowne omówienie oznaczonego w tytule przedmiotu. Stanowić to będzie zadanie obszerniejszej pracy, którą mamy zamiar ogłosić wspólnie z kol. Witoldem Ettingerem po nagromadzeniu materyału znacznie większego od tego, którym w chwili obecnej rozporządzam. W niniejszej notatce opieram się mianowicie na dokładniejszem zbadaniu 248 przypadków przesięków i wysięków. Badań pomocniczych nie można było z różnych względów dokonać wszystkich w każdym z poszczególnych przypadków. W ten sposób ciężar właściwy przesięków i wysięków określiliśmy 248 razy; białko — 225 razy; próbę Rivalty wykonaliśmy 200 razy; badanie kryoskopowe przeprowadziliśmy 147 razy, dokładne badanie cytologiczne osadu — 211, określenie zaś lepkości zapomocą wiskozymetru Hürthlego — 46 razy.

Na zasadzie otrzymanych dotąd wyników pragnę tu wypowiedzieć w krótkości tylko wnioski praktyczne, nie wchodząc w roztrząsanie tych przyczyn, które składają się na mniejszą lub większą wartość każdego z używanych dotąd w klinice sposobów pomocniczego badania przesięków i wysięków. Zaznaczę tu tylko ogólnikowo, że sposoby te są jeszcze zbyt proste, ażeby każdy z nich poszczególnie zdołał rozwiązać z dokładnością, pożądaną chociażby do celów praktycznych, pytania, nasuwające się przy rozważaniu tak złożonego zjawiska biologicznego, jakiem jest w każdym przypadku powstanie wysięku lub przesięku.

1. Co się tyczy ciężaru właściwego, to określaliśmy go w przesiękach ogółem 91 razy, a mianowicie w 43 przesiękach z jamy otrzewnej, w 43 — z jamy opłucnej i w 5 płynach obrzękowych, otrzymanych przez nakłucie kończyn dolnych. W wysiękach badanie to przeprowadziliśmy 120 r., a mianowicie 21 r. badaliśmy wysięki otrzewne, 100 r. — wysięki opłucne i 1 r. wysięk z otoczki jądrowej (hydrocele). Pozatem badaliśmy 33 razy płyn otrzymany przez nakłucie lędźwiowe z opon mózgowych. Przy badaniach tych doszliśmy już od szeregu lat do wniosku, że zarówno w przesiękach, jak i w wysiękach, ciężar właściwy waha się w granicach znacznie większych od tych, które podawane są w znanych podręcznikach dyagnostyki ogólnej oraz patologii i terapii szczegółowej. Wskutek dawnych badań Reussa, Runeberga i wielu in., których nazwisk tu nie przytaczam, gdyż w niniejszej pobieżnej notatce piśmiennictwo, nawet swojskie, zupełnie pomijam, rozpowszechnił się pogląd, jakoby dla przesięków otrzewnych cechującym był ciężar właściwy niżej 1012, a dla opłucnych niżej 1015, podczas gdy ciężar wyższy od 1018 ma zarówno dla płynu z jamy opłucnej, jak i otrzewnej, być dowodem, że jest on pochodzenia zapalnego.

Twierdzeniu temu przeczą stanowczo spostrzeżenia, porobione oddawna na moim oddziale. Załączona tu krzywa I wykazuje mianowicie, że wprawdzie ciężar właściwy przesięków otrzewnych wahał się w naszych przypadkach najczęściej między 1010—1013, może on jednak dochodzić do 1005, a, co najważniejsza, wynosić 1014, 1015, 1016, 1018, 1019, 1020, a nawet 1021 w przypadkach, w których pochodzenie przesiękowe płynu nie ulegało żadnej wątpliwości.

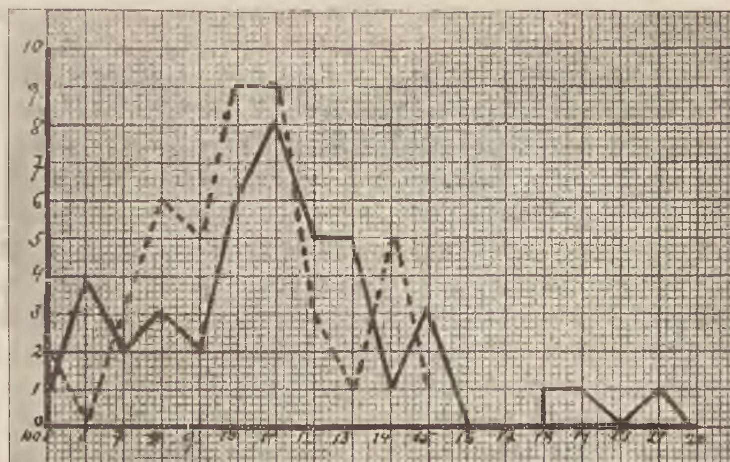


Fig. I. Krzywa ciężaru właściwego przesięków.
Linia ciągła — przesięki z jamy otrzewnej.
» kropkowana — z jamy opłucnej.
Rzędna wskazuje liczbę przypadków,
odcięta — ciężar gatunkowy powyżej tysiąca.

Ciężar właściwy przesięków z jamy opłucnej nie przekraczał w naszych przypadkach 1015, co przez analogię ze spostrzeżeniami, dotyczącemi przesięków z jamy otrzewnej, skłonny jestem uważać za rzecz w dotychczasowych mych spostrzeżeniach przypadkową. Widać z nich w każdym razie, że ciężar właściwy przesięków jamy opłucnej nie jest co do przeciętnych przypadków wyższym, niż przesięków z jamy otrzewnej: najczęściej wahał się w naszych przypadkach od 1008—1011.

Co się tyczy wysięków, to krzywa II przeczy powyżej przytoczonym poglądom również w sposób dość wyraźny. Ciężar właściwy wysięków otrzewnych przekraczał 1018 zaledwie w 8 przyp. (na 21 badanych), wahał się w granicach od 1012 do 1018 9 razy, 4 zaś razy wahał się w granicach uchodzących za absolutnie pewne dla przesięków, a mianowicie 1011, 1009, a nawet 1007. — W wysiękach opłucnych, których zbadaliśmy ogółem 100 przypadków, znaleźliśmy ciężar właściwy wyżej 1018 zaledwie 29 razy, 54 razy wahał się on w granicach 1015—1018, a 17 razy wypadł tak nisko, iż wzięty sam przez się przemawiałby stanowczo za rozpoznaniem przesięku. Wynosił on mianowicie 2 razy —1014, 4 r. 1013, 6 r. —1012, a nawet 3 r. — 1011, raz — 1009 i raz 1007.

Z powyższego krótkiego zestawienia wynika, iż odróżnienie płynu wysiękowego od przesiękowego otrzewnej i opłucnej nie jest na zasadzie określenia jego ciężaru właściwego możliwe, gdyż liczby krańcowo nizkie mogą się zdarzać przy wysięku, a krańcowo wysokie — przy przesięku.

Ta sama uwaga dotyczy płynu mózgowo-rdzeniowego. Z 33 płynów mózgowo-rdzeniowych, w których określiliśmy ciężar właściwy, w 13 przypadkach zapalnych wahał się on w granicach od 1004—1008, a mianowicie wynosił 1 raz — 1004, 6 r. — 1005, 5 r. — 1006; 1 r. — 1008. W pozostałych 20 przypadkach pochodzenia niezapalnego granice wahań były te same, a mianowicie 1 r. — 1004,5, 5 r. — 1005, 9 r. — 1006, 3 r. — 1007, 1 r. 1008, a tylko 1 r. — 1002.

W końcu pragnę zaznaczyć, iż ciężar właściwy płynu

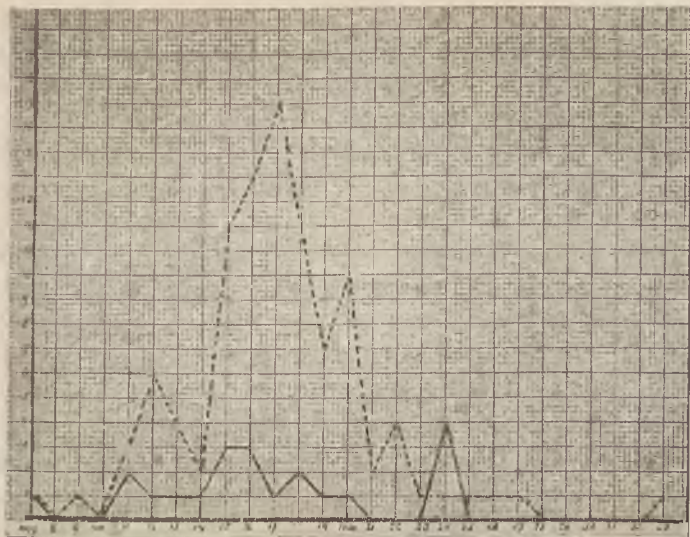


Fig. II. Krzywa ciężaru właściwego wysięków.
Linia ciągła — przesięki z jamy otrzewnej,
» kropkowana — z jamy opłucnej.
Rzędna wskazuje liczbę przypadków,
odcięta — ciężar gatunkowy powyżej tysiąca.

przesiękowego wydobytego drogą nakłucia z tkanki podskórnej kończyn dolnych w ilości od kilku do kilkunastu litrów, określiliśmy 5 razy, przyczem wyniósł on 2 razy — 1005 i po 1 r. 1006, 1008, 1009.

2. Przechodząc do omówienia określenia białka w płynach przesiękowych i wysiękowych, zaznaczam na wstępie, iż określaliśmy je metodą, niemogącą mieć najmniejszej pretensyi do zupełnej dokładności, a mianowicie zapomocą przyrządu Essbacha. Płyny badane rozcieńczaliśmy 5 lub 10 razy i stawialiśmy je zwykłym sposobem na 24 godziny. Jedynie płyny, w których spodziewaliśmy się bardzo niewielkiej ilości białka, mieszaliśmy z płynem Essbacha bez rozcieńczenia. W ten sposób zbadaliśmy 82 płyny przesiękowe, a mianowicie 40 z jamy otrzewnej, 42 z jamy opłucnej, 112 płynów wysiękowych, a mianowicie 20 z jamy otrzewnej, 92 z jamy opłucnej, 31 płynów mózgowo-rdzeniowych i 4 wydobyte z tkanki podskórnej kończyn dolnych. Okazało się przytem, że otrzymywane przez nas wyniki są również niezgodne z przyjętemi normami. Podczas gdy podręczniki podają, że za przesięk może być napewno uważany dopiero płyn z jamy otrzewnej, zawierający niżej $1{,}5\%$, w naszych przypadkach, jak widać z załączonej krzywej III, odpowiadał on tej zasadzie tylko 10 razy, zawierał $1{,}5\%$ białka 9 razy, a wyżej tej normy 21 razy, dochodząc przytem do 2% (6 razy), $2^1/_4\%$ (2 razy), $2^1/_2$ (2 razy), 3% i $3^1/_2\%$ (po 1 r.), 4% (3 r.), a nadto po razie — 4% i $4{,}8\%$. — Analogiczne, chociaż mniej jaskrawe wyniki otrzymaliśmy i co do przesięków z jamy opłucnej. Podczas gdy za cechującą dla przesięków opłucnej uważana jest zawartość białka niżej $2^1/_2\%$, w naszych dwu spostrzeżeniach płyn zawierał po $2^1/_2\%$ białka, w 2 — po 3%, w 1 — $3{,}5\%$, w 1 — 4%. — Krzywa III wykazuje przytem brak zasadniczej różnicy w zawartości białka w przesiękach otrzewnych i opłucnych, gdyż odpowiednie krzywe dla granic od $0{,}75\%$ białka do $2^1/_2\%$ białka idą prawie równolegle do siebie. W płynie przesiękowym wypuszczonym z tkanki podskórnej kończyn dolnych znaleźliśmy 1 raz $1{,}4‰$ białka, 1 raz $1^3/_4‰$, a 2 razy po $2‰$.

Co się tyczy wysięków, to dla płynów otrzymanych z jamy otrzewnej określiliśmy 3 razy $1{,}15\%$ białka, w pozostałych zaś, jak widać z krzywej IV, liczby od $3\% - 5\%$. Jednakże 2 przypadki gruźlicy otrzewnej odbiegają od przy-

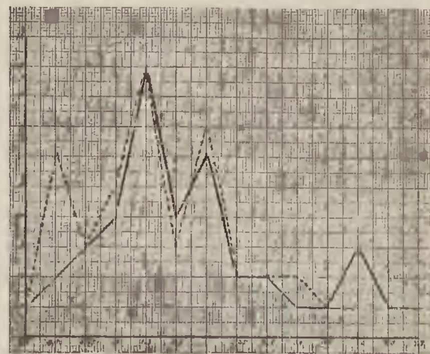


Fig. III. Krzywa zawartości procentowej białka w przesiękach.
Linia ciągła — przesięki z jamy otrzewnej.
» kropkowana — przesięki z jamy opłucnej.
Rzędna oznacza liczbę przypadków,
odcięta zaś — procentową zawartość białka.

jętej normy rażąco, wykazując raz zaledwie 1% białka i raz zaledwie — $0{,}75\%$. Dlatego przypuszczam, iż przy materyale większym (gdyż dotychczasowy mój był na tym punkcie wyjątkowo mały) podobne sprzeczności dadzą się stwierdzić znacznie częściej. Wszystko bowiem przemawia za analogicznością zjawisk pomiędzy płynami, otrzymanymi z jamy otrzewnej i z jamy opłucnej. Określanie zaś białka w wysiękach opłucnych wykazuje, iż płyn ten zawierał w naszych 17 przypadkach tak mało białka (1%, $1{,}5\%$, 2% to ostatnie 13 razy), iż nie odpowiadało ono nawet granicom, dopuszczalnym dla przesięków. W 15 przypadkach stwierdziliśmy $2^1/_2\%$ białka, a dopiero w pozostałych 6 razach liczby wyższe, jak to widać z załączonej krzywej IV, wykazującej, iż wysięk opłucny zawierał najczęściej 3%—5% białka, czasami nawet 6% i 7%, a raz nawet 10% białka.

Zestawienie procentowej zawartości białka w przesiękach i wysiękach wykazuje jednak w naszym materyale nie tylko możność znalezienia bardzo niewielkiej ilości białka w przypadkach wysięków. Materyał ten przeczy nawet temu, zdałoby się, więcej oględnemu twierdzeniu, rozpowszechnionemu w książkach, podług którego ilości od 4% białka, stwierdzane w jakimkolwiek płynie, mają przemawiać za wysiękowem jego pochodzeniem. Krzywa III wykazuje mianowicie 6 przypadków, przeczących temu twierdzeniu.

Dotychczasowe moje doświadczenie co do płynu mózgowordzeniowego wykazuje również, iż z zawartości białka w nim nie można przesądzać o zapalnym lub niezapalnym charakterze wydobytej cieczy. Gdy bowiem na 20 badań, dotyczących płynu niezapalnego, stwierdziliśmy ilość białka od niedającego się określić śladu do 2,5 pro mille, w płynach wydobytych z przypadków zapalenia gruźliczego lub zwykłego surowiczego opon mózgowych ilość białka wahała się 12 razy od śladu białka (2 razy) do 2,5 pro mille, a tylko raz w ciężkim śmiertelnym przypadku ropnego zapalenia opon mózgowych wyniosła 4 pro mille.

Ponieważ ilość białka w badanej cieczy, o ile jest znaczna, przemawiać miała, według dawnych prac i podrę-

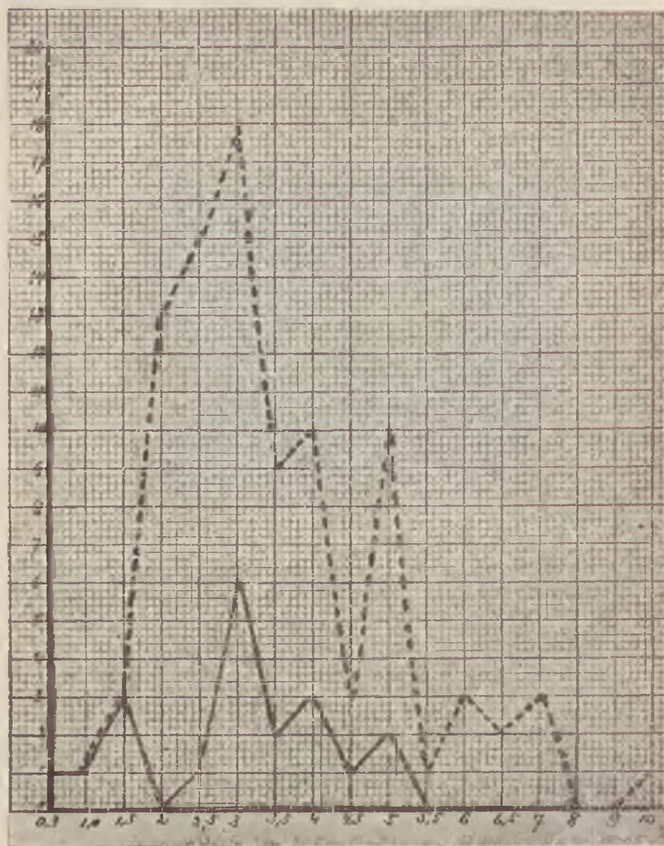


Fig. IV. Krzywa zawartości procentowej białka w wysiękach,
Linia ciągła — przesięki z jamy otrzewnej.
» kropkowana — przesięki z jamy opłucnej.
Rzędna oznacza liczbę przypadków,
odcięta zaś — procentową zawartość białka.

czników, z całą stanowczością za wysiękową jej przyrodą, a kliniczne określenie ilości białka przed wynalezieniem przyrządu Essbacha (z górą 25 lat temu) było bardzo kłopotliwe, przeto starano się dawniej sądzić o ilości białka w badanym płynie z liczb, określających jego ciężar właściwy. Z różnych formuł, jakie w tym celu podano, cieszyła się największem rozpowszechnieniem formuła podana przez Reussa. Według niej można było sądzić o ilości białka, mnożąc liczbę powyżej tysiąca, otrzymaną przy określeniu ciężaru właściwego, przez $^3/_8$ i odejmując z otrzymanego iloczynu 2,8, czyli

$$B \text{ (ilość białka)} = {}^3/_8 \, [C \text{ (cięż. właść.)} - 1000] - 2{,}8.$$

Na zasadzie mojego własnego materyału twierdzić muszę, iż formuła ta nie odpowiada rzeczywistości, przynajmniej tej, która wypada przy klinicznem określeniu białka metodą Essbacha, nawet w najdalszem przybliżeniu. Z wielu setek przykładów, które mnie od lat wielu o słuszności tego twierdzenia przekonywują, przytoczę naprzykład fakty, że określaliśmy $3^0/_0$ białka w wysiękach, których ciężar właściwy wahał się od 1011—1019, $2^1/_2{}^0/_0$ białka przy wahaniach c. wł. od 1011—1020, $2^0/_0$ — przy wahaniach od 1012—1018, $1^0/_0$ — przy tych samych wahaniach, a raz $1^0/_0$ białka w przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej, w którym płyn wykazywał c. wł. 1020. Szczególniej pouczającym był pod tym względem przypadek wysiękowego zapalenia opłucnej, badany w przerwach 10-dniowych 7 razy. Wykazał on raz c. wł. 1011 przy $3^0/_0$ białka, 3 razy c. wł. 1015 przy ilości białka $2^3/_4{}^0/_0$, $4^0/_0$ i $4^0/_0$ i 3 razy c. wł. 1016 przy ilości białka $3^1/_2{}^0/_0$, $4^1/_2$ i $6^1/_2{}^0/_0$.

Słowem, materyał nasz przekonywał nas na każdym kroku z całą pewnością, iż sądzenie o zawartości białka z ciężaru właściwego badanej cieczy jest absolutnem niepodobieństwem. Naocznie uwidacznia to zresztą porównanie krzywej I z III i II z IV. Gdyby wreszcie zdania klinicystów mogły być co do tego podzielone, nie dążonoby prawdopodobnie do innych prostych sposobów klinicznych rozstrzygnięcia, czy mamy w danym przypadku przed sobą płyn przesiękowy czy wysiękowy. Ponieważ jednak określanie ciężaru właściwego i zawartości białka w otrzymywanych cieczach w niektórych, i to klinicznie najważniejszych przypadkach, nie pozwalało rozstrzygnąć, czy mamy wysięk czy przesięk, nic więc dziwnego, iż w celu rozstrzygnięcia tego pytania uciekano się w klinice kolejno do wszystkich innych pomocniczych metod badania, jakich z biegiem czasu dostarczyła technika badań chemicznych, fizycznych, mikroskopowych, bakteryologicznych, a nawet doświadczalnych. Poniżej pragnę w kilku słowach skreślić wyniki osobistego mego doświadczenia co do niektórych z tych metod, stosowanych na moim oddziale od szeregu lat.

3. Za względnie najpewniejszą pod względem możności rozstrzygnięcia, czy mamy płyn zapalny, czy przesiękowy, uważać muszę dotąd próbę Rivalty. Polega ona na tem, że wpuszczamy pojedyncze krople badanego płynu do 100 gramów wody, zawierającej dwie krople zgęszczonego kwasu octowego (acid. aceticum glaciale) lub 20 kropli octu. Płyny wysiękowe dają przytem charakterystyczny męt. Próbę tę stosujemy na moim oddziale od r. 1906. Jeżeli liczyć tylko te przypadki, które są dokładnie wynotowane, to stosowaliśmy tę metodę dotąd 200 razy, a mianowicie 79 razy przy badaniu przesięków, z których 38 pochodziło z jamy otrzewnej, a 41 z jamy opłucnej, 92 razy zastosowaliśmy ją przy badaniu wysięków (16 z otrzewnej, a 76 z opłucnej), 26 razy przy badaniu płynu mózgowordzeniowego, a 4 razy przy badaniu płynu wypuszczonego z obrzękłych nóg.

We wszystkich 76 przypadkach wysięku opłucnej próba ta dała wynik dodatni. W przypadkach zapalenia otrzewnej wypadła 11 razy dodatnio, 45 razy, w których szło o zapalenie otrzewnej, zależne od raka, próba ta wyszła ujemnie, a 1 raz w podobnym przypadku — wątpliwie. Jest to dla próby tej cechujące, tak że, jak to już przed 5 laty zaznaczałem, ujemny wynik próby Rivalty przemawia w przypadkach wątpliwych za rakiem w otrzewnej i przeciw gruźlicy.

W przypadkach, w których chodziło o przesięki, próba Rivalty nie dawała niestety wyników tak niezłomnych. Z 38 przypadków przesięku w jamie otrzewnej próba ta wypadła ujemnie 26 razy. W pozostałych wypadła 10 razy wątpliwie, a 2 razy, przy domieszce krwi w badanym płynie, dodatnio. Z 41 przypadków przesięku w opłucnej próba Rivalty wypadła ujemnie 31 razy, wątpliwie 4 razy, dodatnio 6 razy, również przy domieszce krwi do przesięku. Musimy więc stwierdzić, że przy domieszce krwi do badanego przesięku lub po wykonywanych kilkakrotnie przekłuciach tej samej jamy dodatni wynik próby Rivalty sam przez się nie powinien budzić podejrzeń, że chodzi o wysięk, jeżeli niema innych faktów klinicznych, budzących tę wątpliwość.

Płyn przesiękowy, wypuszczony z kończyn dolnych, dał nam w 4 przypadkach badanych wynik ujemny. Przy badaniu płynu mózgowordzeniowego próba Rivalty pozbawiona jest, przynajmniej na zasadzie dotychczasowego naszego doświadczenia, wszelkiego znaczenia rozpoznawczego. Wśród 11 płynów niewątpliwie zapalnych tego pochodzenia próba ta wypadła ujemnie 9 razy, raz wątpliwie i raz dodatnio, a z 16 przypadków, w których chodziło niewątpliwie o stan zapalny opon mózgowych, próba ta wypadła dodatnio również raz jeden.

4. Badania lepkości przesięków i wysięków rozpoczął na naszym oddziale kol. J. Gurtzman. Od r. 1907 prowadziliśmy je dalej bez niego, jednak bez zapału, gdyż szybko przekonaliśmy się, że niema ona znaczenia praktycznego. Stąd ogółem przeprowadziliśmy tych badań tylko 46, a mianowicie w 20 przesiękach, w 20 wysiękach i w 6 płynach mózgowordzeniowych.

W płynach przesiękowych z jamy otrzewnej, których zbadaliśmy ogółem tylko 8, lepkość η wahała się od 1,08—1,32. Przekonaliśmy się przytem, że stopień lepkości badanego płynu nie zależał od jego ciężaru właściwego, ani od procentowej zawartości w nim białka. Tak więc przy $\eta = 1{,}08$ było białka 0,7%, przy $\eta = 1{,}12$ białka $2^1/_4$%, przy $\eta = 1{,}13$ białka 2%, przy $\eta = 1{,}17$ białka $1^3/_4$%, przy $\eta = 1{,}21$ białka 0,6% i t. d.

W przesiękach z jamy opłucnej, których zbadaliśmy tylko 12, η wahało się w granicach od 1,08—1,59, przyczem również wysokość η nie stała w związku z procentową zawartością białka. N. p. przy $\eta = 1{,}08$ płyn zawierał białka 1,5%, przy $\eta = 1{,}18$ — białka 0,5%, względnie 1,5% względnie $1^3/_4$%, przy $\eta = 1{,}20$ białka 1,5%, a przy $\eta = 1{,}59$ białka tylko 0,8%.

Jedno wydaje się tylko faktem, że na ogół lepkość przesięków jest mniejsza od lepkości wysięków. Gdy pierwsza w skromnym naszym materyale nie przekraczała 1,59, to druga przekraczała tę liczbę często, a dochodziła nawet 2 razy do 2,00 i raz do 2,72.

Jednakże i w wysiękach wysokość η nie stała również w związku ani z wysokością ciężaru właściwego badanego płynu, ani z procentową zawartością białka w nim. Np. wśród 6 badanych przypadków wysięków otrzewnych $\eta = 1{,}36$ przy białku $= 4^1/_2$%, innym razem $\eta = 1{,}39$ przy białku = 3%, innym razem $\eta = 1{,}65$ przy białku $5^1/_2$%, a jeszcze innym $\eta = 2{\cdot}00$ przy białku tylko 1%. Analogiczne dane otrzymaliśmy przy określeniu lepkości w 14 przypadkach wysięków opłucnych. Np. η 1,61 przy ilości białka = 5%; $\eta = 1{,}63$ przy białku $1^1/_2$%. $\eta = 1{,}66$ przy ilości białka 3%; $\eta = 1{,}79$, a białka 2%; $\eta = 2{,}00$, białka 1%, względnie 3%; $\eta = 2{,}72$, białka zaś $2^3/_4$%.

Fakt ten nie powinien nas zastanawiać, gdyż używany przez nas sposób określania lepkości był metodą względnie dokładną, a otrzymywany przy jego stosowaniu wynik porównywaliśmy z liczbami, powstałemi przez grube metody kliniczne określania ciężaru właściwego i procentowej zawartości białka. Niewątpliwie określanie lepkości sięga przy tem nieco głębiej do tajników złożonej sprawy biologicznej przesiękania i wysiękania płynów. Nie zmienia to jednak naszych wniosków czysto praktycznych, że w dzisiejszych warunkach badania klinicznego badanie lepkości otrzymanego drogą przekłucia płynu w znacznej ilości przypadków nie może rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą wysięk, czy przesięk, o ile nie weźmiemy w rachubę danych, otrzymanych na drodze innych klinicznych metod badania.

5. Punkt zamarzania przesięków i wysięków zaczęliśmy określać kryoskopowo od r. 1901. Dla bardzo wielu powodów, od nas niezależnych, badania te przerywaliśmy kilkakrotnie na czas dłuższy. Wskutek tego mamy dotąd tylko 147 przypadków, zbadanych w tym kierunku. Już kol. Maliniak, ogłaszając w r. 1906 z mego oddziału pracę o wartości badań kryoskopowych wysięków i przesięków, zaznaczał bardzo ograniczoną wartość praktyczną otrzymywanych na tej drodze wyników, pomimo, iż praca jego oparta była na zbadaniu 72 przypadków. Obecny nasz materyał zdwojony, nietylko potwierdza ówczesne wnioski kol. Maliniaka, ale jeszcze bardziej osłabia wartość praktyczną danych kryoskopowych do celów odróżniania przesięków od wysięków.

Na 26 przypadków przesięków otrzewnych otrzymaliśmy $\Delta = -0{,}54$ do $-0{,}65$, podczas gdy kol. Maliniak otrzymał na mniejszym materyale $\Delta = -0{,}55$ do $-0{,}62$. Najczęściej (8 razy) $\Delta = -0{,}57$, potem (5 r.) $\Delta = -0{,}58$, dalej po 3 razy — 0,56, — 0,60, pozostałe zaś liczby otrzymywaliśmy dla pojedynczych przypadków.

Przesięków opłucnych zbadaliśmy 27, otrzymując dla Δ wahania od — 0,53 do — 0,64 (kol. Maliniak: — 0,56 do — 0,64), przyczem 6 razy Δ wynosiła — 0.60, po 4 razy — 0,58 i — 0,59, po 2 razy — 0,53, — 0,56, — 0,57, i — 0,61, a pozostałe liczby wypadały w pojedynczych przypadkach. — Widzimy więc, że dotychczasowy materyał nasz nie wykazał różnicy w punktach zamarzania przesięków otrzewnych i opłucnych. Stwierdza on dotąd tylko, że Δ waha się najczęściej między — 0,56 i — 0,60, że może ona tę ostatnią normę do 0,05 przekraczać, może jednak być niższą od średniej normy dla krwi (— 0,53). Te same wahania (— 0,53 do — 0,64) otrzymaliśmy w 5 przypadkach badania punktu zamarzania przesięku, wypuszczonego z nóg.

Co się tyczy wysięków, to dla 10 wysięków otrzewnych otrzymaliśmy wahania Δ od — 0,48 do — 0,65, a więc znaczniejsze, niż zdążył swego czasu zebrać kol. Maliniak (— 0,51 do — 0,56). Przytem otrzymaliśmy 3 razy tylko $\Delta = -0{,}55$ i po 1 razie — 0,48, — 0,49, — 0,56, — 0,57, — 0,59, — 0,60, — 0,65, — Wysięków opłucnych zbadaliśmy pod względem Δ 61, otrzymując przytem 14 razy — 0,56, 9 razy — 0,55, 8 razy — 0,57, po 6 r. — 0,53 i — 0,54, 5 r. — 0,52 4 r. — 0,49, i po 1 r. — 0,44, — 0,47, — 0,58, — 0,60, — 0,61, — 0,62, — 0,64. W naszym materyale, dotyczącym wysięków opłucnych, Δ wahała się zatem w granicach od — 0,44 do — 0,64, gdy natomiast w dawnym, o połowę mniejszym materyale kol. Maliniaka wahania te wynosiły od — 0,47 do — 0,57.

Zestawiając więc porównawczo Δ dla przesięków i wysięków, otrzymujemy w naszym dotyczasowym materyale

dla przesięków otrzewnych	$\Delta = -0{,}54$ do $-0{,}65$
» wysięków »	$\Delta = -0{,}48$ do $-0{,}65$
dla przesięków opłucnych	$\Delta = -0{,}53$ do $-0{,}64$
» wysięków »	$\Delta = -0{,}44$ do $-0{,}64$,

skąd wynika, iż niema tak wysokiej granicy punktu zamarzania, którąby wyłączała wysiękową przyrodę badanego płynu, że jednak w wysiękach zdarzają się punkty zamarzania o 6, a nawet 9 setnych niższe, od najniższych, spo-

strzeganych przez nas dotąd przy przesiękach. Zdarza się to jednak tak rzadko, iż liczyć na to przy podejmowaniu badania niepodobna, zważywszy, że zarówno w przesiękach, jak i w wysiękach spotykamy naogół najczęściej liczby od — 0,53 do — 0,59.

Przy początkowo zainicyowanych przezemnie badaniach kolegi Maliniaka pragnęliśmy dojść do przyczyny wahań Δ i dlatego kol. Maliniak nietylko porównywał ją skrupulatnie z ciężarem właściwym i procentową zawartością białka w należących tu przypadkach, ale nadto określał w nich dokładnie (23 razy) popiół resp. Na Cl, a w niektórych przypadkach porównywał nadto Δ krwi z Δ badanego płynu. Badań tych obecnie nie wznawiamy, wobec tak szerokich wahań Δ zarówno w wysiękach, jak i w przesiękach.

Co się tyczy płynu mózgowordzeniowego, to określiliśmy w nich Δ 18 razy, wahania jej wynosiły od — 0,52 do — 0,65, przyczem z pomiędzy 5 przypadków zapalnych Δ wynosiła po 1 razie — 0,52 do — 0,53, — 0,57, — 0,58, — 0,61. W pozostałych zaś przypadkach niezapalnego pochodzenia otrzymaliśmy po 3 razy — 0,56 i 0,57, po 2 r. — 0,58, — 0,60 i po 1 r. — 0,59, — 0,61, — 0,63, – 0,64, — 0,65. — Rzecz jasna, iż taki materyał do żadnych wniosków nie upoważnia.

6. Przechodzimy w końcu do rozpatrzenia wyników badania mikroskopowego osadu w dotychczasowym naszym materyale. Badań takich wykonaliśmy 211, z których 87 dotyczy przesięków, a mianowicie 41 przesięków z jamy otrzewnej, 42 z jamy opłucnej i 4 płynów obrzękowych z nóg. Płynów wysiękowych zbadaliśmy 102, a mianowicie 19 — z jamy otrzewnej, 83 z jamy opłucnej, 1 — z wodniaka jądra i 1 — z pęcherza skóry, wywołanego przez pryszczydło. Poza tem zbadaliśmy mikroskopowo osad z 20 płynów mózgowordzeniowych, z których 8 było zapalnych.

Obraz mikroskopowy przesięków zarówno otrzewnych, jak i opłucnych, nie był jednolity. Tylko w 6 przesiękach otrzewnych i w 5 opłucnych osad składał się z samych prawie śródbłonków, w 11 przesiękach otrzewnych i w 14 opłucnych obok śródbłonków i czerwonych krwinek znajdowała się mniej lub więcej znaczna domieszka limfocytów, a nawet w 9 przesiękach otrzewnych i 6 opłucnych było odwrotnie, t. j. osad składał się przeważnie z limfocytów z domieszką mniejszej lub większej ilości śródbłonków i czerwonych ciałek krwi. W 4 przypadkach przesięków otrzewnych i 5 opłucnych osad składał się z przeważającej liczby neutrofilów i limfocytów, zawierającej tylko domieszkę śródbłonka i pojedynczych erytrocytów; w 2 przesiękach otrzewnych i 7 przesiękach opłucnych śródbłonki tworzyły wprawdzie przeważającą część osadu, zawierał on jednak niemałą domieszkę neutrofilów i limfocytów. Trzy przesięki otrzewne dawały formułę neutrofilową z domieszką jedynie śródbłonków; 4 przesięki otrzewne i tyleż opłucnych składały się wprawdzie przeważnie ze śródbłonków i pewnej ilości erytrocytów, zawierały jednak wyraźną domieszkę neutrofilów. Jeden przesięk otrzewny wykazał pod mikroskopem same prawie neutrofile, jeden zaś przesięk otrzewny i jeden opłucny same prawie limfocyty.

Co się tyczy wysięków, to płynów zapalnych z otrzewnej zbadaliśmy 19, z nich 8 przypadków zapalenia otrzewnej pochodzenia rakowatego. 7 z nich zawierało pod mikroskopem znaczną ilość śródbłonków i erytrocytów ze znaczną również domieszką neutrofilów i limfocytów, a 1 — znaczną ilość neutrofilów i limfocytów z domieszką śródbłonków i erytrocytów. Z pomiędzy 11 przypadków gruźlicy otrzewnej stwierdziliśmy tylko w 1 same limfocyty, w 2 — limfocyty z domieszką śródbłonków i erytrocytów, w 3 śródbłonki i erytrocyty, zawierające jedynie domieszkę limfocytów, w 1 przyp. — same neutrofile, w 1 — neutrofile i limfocyty, w 1 — neutrofile i śródbłonki i w 1 — śródbłonki z domieszką neutrofilów.

Wysięków opłucnej zbadaliśmy 83, z nich 41 pochodzenia gruźliczego i 42 pochodzenia niegruźliczego (nowotwory, powikłania po zwykłem zapaleniu płuc, po zawałach, po durze i t. d.). Doszliśmy przytem do wniosku, że bezstronne rozpatrzenie się w osadzie mikroskopowym nie pozwala rozstrzygnąć na podstawie jego składu, czy chodzi o wysięk pochodzenia gruźliczego czy też innego. Spotykaliśmy mianowicie limfocyty z domieszką śródbłonków w 16 przypadkach pochodzenia niewątpliwie gruźliczego i w 14 innego pochodzenia, neutrofile i limfocyty z domieszką śródbłonka w 8 przypadkach pochodzenia gruźliczego, w 6 niegruźliczego; same neutrofile w 3 pochodzenia gruźliczego i 3 pochodzenia niegruźliczego; śródbłonki z domieszką limfocytów w 3 pochodzenia gruźliczego i w 3 pochodzenia niegruźliczego; śródbłonki z domieszką neutrofilów i limfocytów w 2 pochodzenia gruźliczego i w 5 niegruźliczego; same limfocyty w 4 przypadkach pochodzenia gruźliczego i w 1 pochodzenia niegruźliczego; same neutrofile w 4 przypadkach pochodzenia gruźliczego i w 3 niegruźliczego i wreszcie neutrofile z limfocytami w 1 pochodzenia gruźliczego i w 3 pochodzenia niegruźliczego. Z powyższego zestawienia wynika bezstronnie, jak sądzę, że wynik badania morfologicznego nie zdoła rozstrzygnąć, czy chodzi o wysięk gruźliczego czy niegruźliczego pochodzenia, tak samo, jak nie pozwala nam sam przez się rozstrzygnąć z pożądaną ścisłością, czy mamy przed sobą wysięk, czy przesięk, najczęściej bowiem otrzymujemy pod mikroskopem kombinacye limfocytów ze śródbłonkami (55 razy na 187 badań), co samo przez się sprawy pod względem rozpoznawczym ani na krok naprzód nie posuwa.

Kończąc niniejszą krótką pracę, mam prawo, zdaje mi się, twierdzić, że żadna z wyżej omówionych metod badania wysięków i przesięków nie daje wyników rozstrzygających. Ale nawet i zestawienie wyników wszystkich tych metod razem daje wyniki, stanowczo przechylające szalę rozpoznania w kierunku przesięku lub wysięku, zaledwie w pewnej części przypadków, mianowicie w tej, gdzie wyniki badania są jednobrzmiące; np. przy C wł. 1011, B(iałko) 1,5%, R(ivalta) —, Δ = — 0,61, η = 1,17 i M(orfologia) — śródbłonki z domieszką limfocytów, który to wynik otrzymaliśmy przy badaniu pewnego płynu z otrzewnej, mogliśmy nie widząc chorego twierdzić, iż chodzi o przesięk. To samo mogliśmy twierdzić o pewnym płynie z jamy opłucnej, w którym otrzymaliśmy C — 1009, B — $1^1/_5$%, R —, Δ = — 0,60, η = 1,08, M — śródbłonki z domieszką erytrocytów. Wysięk z jamy opłucnej, nie widząc, że tak powiem, chorego, mogliśmy rozpoznać również kilkakrotnie na zasadzie danych C — 1018, B — 5%, R +, Δ = — 0,48, η = 1,82 i M — neutrofile lub C — 1020, B — 5%, R +, Δ = — 0,56,

η = 1,76 i M — limfocyty z domieszką neutrofilów. — Bezstronność wyznać jednak każe, iż nawet wyniki wszystkich pomocniczych sposobów badania przesięków i wysięków, wzięte same przez się, bez zestawienia otrzymanych tą drogą danych z wynikami wszystkich innych klinicznych metod badania do wywiadów włącznie, nie zdołałyby rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą przesięk lub wysięk, a co do wysięku, czy jest on pochodzenia gruźliczego, czy innego. Spostrzeżeń, któreby były dowodem słuszności powyższego twierdzenia, możnaby z naszego materyału przytoczyć bardzo wiele. Podajemy tu tylko cztery tego rodzaju przykłady, w których dane, wydrukowane kursywą, przeczą, według ogólnie przyjętych pojęć, rozpoznaniu klinicznemu, uczynionemu jednak, na zasadzie wszystkich innych danych klinicznych, z całą pewnością:

Przesięk z j. otrzewnej: *C* 1006, *B* 0,7%, *R* —, Δ = 0,57, η = 1,08, *M* — neutrofile.

Przesięk z j. opłucnej: *C.* 1009, *B* 3%, *R* +, Δ = — 0,58, η = 1,09, *M* — neutrofile, limfocyty, śródbłonki.

Wysięk gruźliczy z j. otrzewnej: *C* 1021, *B* 1%, *R* +, Δ — 0,55, η = 2,00, *M* — limfocyty i śródbłonki.

Wysięk gruźliczy z j. opłucnej: *C* 1012, *B* 1½%, *R* +, Δ = — 0,56, η = 1,63, *M* — neutrofile i śródbłonki.

Hypodynamia cordis diarrhoïca

podał

Walery Jaworski.

Każde dzieło lekarskie medycyny praktycznej przytacza między następstwami przewlekłego zaparcia i objawy ze strony narządu krążenia: jakoto niepokój, zmorę, ciężkość, krótki oddech, uderzenia do głowy, kołatanie serca i t. p., a w niektórych przypadkach zaparcia można wykazać podniesienie końca serca wskutek bębnicy jelit. Jeżeli przewlekłe zaparcie pojawia się u osób ze zmianami w sercu, to nasilenie powyższych objawów bywa bardzo znaczne i mogą się dołączyć jeszcze objawy przedmiotowe, jak zmiany w częstości i miarowości (pararrhythmus) tętna.

Dla usunięcia przykrych objawów polecają klinicyści leczenie zaparcia środkami przeczyszczającymi. Jedni stosują środki solne, zwłaszcza wody mineralne glauberskie i gorzkie, inni zwykłe środki apteczne. Pod wpływem tego leczenia bardzo wielu chorych doznaje ulgi swych przypadłości sercowych. Bywają jednak mało uwzględniane przypadki zaparcia, dla których leczenie przeczyszczające nietylko nie przynosi żadnej korzyści, ale przeciwnie poważną szkodę. Między temi osobami można zauważyć dwa szeregi chorych. Jedni uskarżają się na objawy zaparcia bez przypadłości sercowych, inni zaś cierpią na jedne i drugie. U pierwszych pojawiają się przypadłości dopiero po przeczyszczeniu, u drugich istniejące przypadłości sercowe silnie się wzmagają. Z większej liczby obserwowanych w mojej wieloletniej praktyce ambulatoryjnej, przytaczam następujące przypadki:

I. Przyp. J. D., wdowa l. 63. Od wielu lat choruje na zaparcie, wskutek czego dostaje często morzyska; używa środków przeczyszczających, stolce wywołane przez nie sprawiają silną biegunkę, wśród której pojawiają się ciężkie objawy, dolegliwości podmiotowe, jak ogólne osłabienie, zawroty głowy, ściskanie i niepokój w okolicy serca. Chora musi się położyć do łóżka i dopiero po kilku dniach przychodzi do siebie. Chora unika przeto wywoływania stolca i żąda porady lekarskiej. — Badanie ambulatoryjne. Kobieta miernie zbudowana i odżywiona, blada, wejrzenia starczego. Tętno 60, miarowe, tętnica wązka, dość twarda i napięta, tętnice skroniowe mocno pokręcone; uderzenie końca serca w 6. międzyżebrzu, nieco podnoszące, drugi ton nad aortą dźwięczny. Brzuch zapadnięty, jelito poprzeczne daje się wybadać poniżej pępka jako postronek twardy, różańcowaty, w niektórych miejscach nieznacznie tkliwy; podobnie przedstawia się i pętla esowata. W innych narządach nieprawidłowości wykazać nie można. Rozpoznanie: Arteriosclerosis arteriarum et valv. aortae, obstipatio spastica, hypodynamia cordis diarrhoïca.

Badanie chorej w czasie biegunki po środkach przeczyszczających, wykazuje oprócz objawów wyżej wymienionych: Tętno zmienne 70—80, niemiarowe, tętnica bardzo wązka i mało napięta, uderzenie końca serca mało widoczne, tony nad aortą głuche. Dopiero po dwóch dniach powraca zwykły stan serca, a dolegliwości podmiotowe ustępują. Odstawiono wewnętrzne środki przeczyszczające, a tylko raz na tydzień polecono brać lewatywy olejne, albo czopki glicerynowe. Dolegliwości stają się mniejsze, jednak i przy tej medykacyi po każdym stolcu dają się dostrzegać zaburzenia w krążeniu, chociaż w mniejszym stopniu; łagodzi je picie czarnej kawy. Chora po dwu latach umarła przy objawach postępującej niedomogi serca.

II. Przyp. E. F., l. 60, wdowa, cierpi od lat 10 na zaparcie, używa środków przeczyszczających, lecz po stolcach czuje osłabienie i doznaje duszności i ściskania w piersiach, a najwięcej w okolicy dołka podsercowego i musi się położyć na kilka godzin na sofę lub do łóżka. — Badanie ambulatoryjne: Skóra blada, zwiędła; budowa i odżywienie mierne. Płuco prawe sięga z przodu do 7. żebra; uderzenie końca serca niewidoczne i niewyczuwalne; granice opukowe serca znacznie zmniejszone, tony serca głuche; tętno 65, kilka razy na minutę przepuszczające, tętnica sprychowa nierówna, twarda, napięta; brzuch miernie wzdęty, pętla esowata twarda i w postaci różańca wyczuwalna. W innych narządach zboczeń wykazać nie można. Rozpoznanie: Emphysema pulmonum, arteriosclerosis, myocarditis chronica, obstipatio spastica, hypodynamia cordis diarrhoïca.

Chora zamiast przepisywanych środków sercowych, używa stale środków przeczyszczających, przypisując ściskania i rozpierania w dołku podsercowym chorobie żołądka; ogólny stan chorej pogarsza się. Stan chorej, wywołany biegunką (5 stolców dziennie) po używaniu środków przeczyszczających (najczęściej wody Apenta), okazuje się następujący: Chora mocno osłabiona, bardzo blada, leży w łóżku, uskarża się na krótki oddech, duszność, mocne ściskanie w piersiach, rozpromieniające się do dołka podsercowego i niżej. Badanie: Skóra bardzo blada i chłodna, lekkie obrzęki około kostek, oczy zapadłe, zarysy nosa i policzków ostre (facies abdominalis). Tętno 90—100, niemiarowe, bardzo małe i drobne, tony serca słabo słyszalne. Wątroba na dwa palce niżej łuku żebrowego wyczuwalna, gładka i nieco tkliwa. Stan chorej pogarsza się; chora umiera na trzeci dzień przy objawach zwiększającej się dychawicy sercowej.

III. Przyp. H. C., l. 59 zamężna. Od kilku lat dolegliwości jelitowe, polegające na zmienności wypróżnień, raz zaparcie, drugi raz biegunka, a to drugie najczęściej. Chora nie używa środków przeczyszczających. Każdego razu podczas biegunki, niemoc, uczucie niepokoju, kołatanie serca. Spokój i wypoczynek w łóżku usuwa te dolegliwości. W czasie zaparcia czuje się chora dobrze. — Badanie ambulatoryjne: Osoba miernie odżywiona, dość dobrze zbudowana. Tętno 86, miarowe; tętnica twarda, nieco pokręcona; tony nad aortą nieco chropawe, nad końcem serca szmer

skurczowy ograniczony. Brzuch nieco zapadnięty, przestrzeń półksiężycowata nieco zmniejszona; per rectum: kilka drobnych guzków krwawniczych. Stolec na pół rzadki; szczegółowo badany, nie wykazuje ani śluzu ani krwi. W innych narządach ustroju nieprawidłowości wykazać nie można. Rozpoznanie: Atherosis arteriarum et valvulae bicuspidalis (?). Obstipatio chronica c defaecatione mixta; hypodynamia cordisdiarrhoïca.

IV. Przyp. P. S., 35 l. Od 11 lat zamężna, nie zastąpiła, wrzekomo z powodu »uterus infantilis«, miesiączka bardzo skąpa. Od 10 lat chora na uporczywe kilkodniowe zaparcie stolca. Podczas tego czuje palenie i ból w jamie brzusznej, poczem pojawia się zwykle biegunka z objawami wielkiego osłabienia, upadku sił, zajęcia głowy, niepokoju i kołatania serca; chora doznaje przed takimi stolcami trwogi i zatrzymuje je, jak długo może. Te same objawy pojawiały się w wyższym jeszcze stopniu, gdy chora próbowała używać środków przeczyszczających, nawet oleju rącznikowego lub rzewnia. Leczenie, odbywane w Marienbadzie i w Kissingen, sprawiało również powyższe objawy i było bezskuteczne. — Badanie ambulatoryjne: Budowa kośćca drobna, wzrost nizki, odżywienie średnie, skóra blada. Tętno 80, miarowe, bardzo drobne, tętnica wąziutka, obszar stłumienia serca bardzo mały, tony serca słabe bez szmerów. Brzuch zapadnięty, w nim kilka punktów bolesnych dotykowych, zresztą niczego nieprawidłowego nie można wykazać. Rozpoznanie: Chloranaemia, hypoplasia universalis (et cordis), obstipatio chron. c. defecatione mixta; hypodynamia cordis diarrhoïca.

V. Przyp. M. S., nauczyciel, l. 56. W ostatnich latach cierpi w kilkumiesięcznych odstępach na ściskanie w okolicy sercowej, rozpromieniające się do żołądka, a czasem i do jamy brzusznej. Stolec nieregularny, zwykle zaparty, w jamie brzusznej krótkotrwałe bóle w postaci morzyska. Po każdym stolcu biegunkowym, a zwłaszcza wywołanym jakimkolwiek środkiem przeczyszczającym, uczucie ogólnego osłabienia, apatya, ruchy kończyn i myślenie stają się uciążliwe, zawroty głowy, szum i migotanie przed oczyma, kołatanie serca z uczuciem przepuszczania uderzeń. — Badanie ambulatoryjne: Odżywianie i budowa dobre. Tętnice skroniowe pokręcone, tętno 66, miarowe, pełne i dobrze napięte, uderzenie końca serca widoczne w 5. międzyżebrzu, lecz nieco na lewo od linii sutkowej lewej, obszar opukowy serca sięga poza linię sutkową lewą, tony serca bez szmerów, nad aortą dźwięczne. Brzuch wzdęty, pętla esowata wyczuwalna jako twardy postronek, nieco tkliwa przy ugniataniu, zresztą w ustroju innych zmian nie można wybadać oprócz stolca, który w czasie biegunki jest mazisty i zawiera śluz biały w postaci grudek. Rozpoznanie: Arteriosclerosis, hypertrophia cordis sinistri, colitis chronica mucosa c. defaecatione mixta; hypodynamia cordis diarrhoïca.

Kilkakrotne badanie chorego w czasie stolców biegunkowych wykazało: Ogólna bladość, skóra chłodna, tętno 80—88, kilka razy na minutę przepuszczające, uderzenie końca serca zaledwie dostrzegalne, tony serca głuche. Chory musi przez kilka godzin bezczynnie siedzieć lub leżeć, nim się do jakiejkolwiek pracy zabrać może.

Tego rodzaju przypadki, jak wyżej przytoczone, nie zdarzają się w szpitalu lub w klinice, jak to wiele innych dotąd jeszcze w podręcznikach nieopisanych objawów chorobowych, tylko w praktyce prywatnej, i to częściej, niżby się przypuszczało. Mają one ważne znaczenie praktyczne ze względu na leczenie. Tem więcej należy na nie zwrócić uwagę, że we wszystkich podręcznikach znajdujemy polecenie, aby przypadłości sercowe z powodu zaparcia, leczyć w domu środkami przeczyszczającymi, a w zdrojowiskach wodami glauberskiemi i gorzkiemi. Z mojej obserwacyi jednak wynika, że ta metoda nie daje się we wszystkich przypadkach zaparcia zastosować. Aby uzyskać wskazówki, w jaki sposób należałoby w leczeniu tych nietypowych przypadków postępować, potrzeba poznać naprzód związek przyczynowy między zmienioną czynnością jelit, a objawami pojawiającymi się w narządzie krążenia.

Prawie we wszystkich przezemnie obserwowanych przypadkach, w których biegunka sprawiała zaburzenia w narządzie krążenia, pojawiały się następujące objawy kliniczne: Bladość i chłód powłok zewnętrznych, ogólna niemoc, osłabienie mięśniowe, zajęcie i zawroty głowy, trudność myślenia, przyspieszone, drobne, miękkie, a często niemiarowe tętno, osłabienie uderzenia serca, tony głuche; w cięższych zaś przypadkach (Nr. II) objawy zapadu (facies abdominalis), jak przy septycznem zapaleniu otrzewnej. Aby zrozumieć łączność tych objawów z wypróżnieniami biegunkowemi, należy jeszcze rozważyć następujące okoliczności.

Prawie wszyscy moi chorzy cierpieli na zaparcie kurczowe (obstipatio spastica). W tym stanie ściany jelit są do możliwości skurczone i tworzą twardy wązki postronek; naczynia w nich są również mocno zwężone, prawie puste i zawierają daleko mniej krwi, niż w jelitach prawidłowo czynnych. Przytem należy przypuścić na podstawie objawów chorobowych, że naczynia w zakresie rozgałęzień tętnic krezkowych były w wielu przypadkach miażdżycowo zmienione, a przeto i krążenie w nich utrudnione. U wszystkich chorych znajdowały się zmiany w mięśniu sercowym, u jednych już klinicznie ujawnione, u innych jeszcze utajone, a pojawiające się dopiero przy niekorzystnych warunkach, tj. wśród biegunki.

Zwykle stosowane środki przeczyszczające działają w rozmaity sposób na jelita. Jedne z nich ogromnie i nagle zwiększają ruchy jelit i to równocześnie tak ruchy robaczkowe, jak wahadłowe i toczące jelit. Aby to nastąpić mogło, musi się skurcz jelit przy kurczowem zaparciu rozluźnić. Na czynność jelit cienkich działają w ten sposób: oleje, jalapa, scammonium, podophyllinum, a na jelito grube: senna, frangula, cascara, rheum, aloë, phenolphthaleinum (purgen). Inne znów środki przeczyszczające, działając na naczynia błony śluzowej porażająco, wywołują z nich przesięk; a czynią to zgęszczone rozczyny soli glauberskiej i gorzkiej, tamar indien, tartarus depuratus i inne. Przeważna jednak część środków przeczyszczających wywołuje równocześnie i wzmożony ruch jelit i przesięk z błony śluzowej. Przez to dochodzi do silnego rozszerzenia naczyń jelit i otrzewnej, pojawia się przekrwienie, a w przypadkach gwałtownych nawet wybroczyny w błonie śluzowej i na otrzewnej jelitowej (gastroenteritis haemorrhagica). Cały wielki obszar naczyniowy nerwów trzewnych (nn. splanchnici), przedtem prawie próżny u osób cierpiących na skurczowe zaparcie, zapotrzebowuje szybkiego wypełnienia krwią. Dostarcza mu je pospiesznie serce, zabierając krew z innych obszarów, w których naczynia opróżniają się, kurczą się, jak naczynia skórne, mięśniowe, mózgowe. Nagle następuje zmiana w rozdziale krwi w ustroju za pośrednictwem czynności serca. Przy tem przeładowywaniu krwi do jamy brzusznej wykonywa serce nadmierną pracę, oddając jeszcze ze swych naczyń krew naczyniom brzusznym; przez to słabnie, a jeżeli jeszcze przedtem było osłabione, wzgl. anatomicznie zmienione (myopathia cordis), popada w niedomogę. Nagła biegunka, wywołaną środkami przeczyszczającymi,

sprawia przez nadmiernie do czynności pobudzone jelita, odruchowy wstrząs (shock) układu naczyniowego i serca. Zważywszy, że prawie próżne naczynia jelit skurczonych nagle się rozszerzają i w krótkim czasie za pośrednictwem niedomagającego serca innym obszarom naczyniowym krew odciągają, że serce przy nagłem przeładowywaniu krwi napotyka w naszych przypadkach na zwiększony opór w miażdżycowo zmienionych naczyniach brzusznych, łatwo pojąć, że zmniejszona przez zmiany przewlekłe energia zapasowa mięśnia sercowego szybko się wyczerpuje, a nie odradza się, gdyż czasowo rozszerzone naczynia trzewne tworzą wielki zbiornik, krew w sobie zatrzymują, z innych zaś obszarów naczyniowych równocześnie zwężonych krwi do serca mało dopływa. Przez to serce otrzymuje nietylko za mało krwi, ale powstaje przeszkoda w jej utlenianiu; z tem się zaś łączy złe odżywianie mięśnia sercowego i bladosinawe zabarwienie powłok zewnętrznych. Przypomina nam to zjawisko, jakie dostrzegamy w posokowatem zapaleniu otrzewnej, gdzie serce zatrute toksynami jest osłabione, a naczynia brzuszne porażone rozszerzają i wypełniają się krwią z obwodowych części ciała, powstaje nawet przekrwienie, przesączenie z błony śluzowej i biegunka, przez co pojawia się bladość i chłód powłok zewnętrznych, ostre zarysy twarzy (facies abdominalis), szybkie, drobne tętno, parcie krwi bardzo nizkie, a wskutek tego zapad (collapsus).

Że przeładowywanie krwi do obszaru naczyniowego nerwów trzewnych nie jest sprawą tak prostą, jak tu przedstawiono, rozumie się samo przez się, gdyż nie obejdzie się ono bez współudziału układu nerwowego. O ile tu układ autonomiczny (nerwy błędne) i współczulny z jednej strony, a sploty Auerbacha z drugiej strony współdziałają, nie da się wywnioskować z samych objawów klinicznych; do bliższego wyjaśnienia możnaby dojść dopiero drogą doświadczalną.

Według moich dotychczasowych spostrzeżeń na chorych i na podstawie powyższych wyjaśnień należy dla praktyki lekarskiej uwzględnić następujące uwagi:

1. Napotyka się w praktyce osoby, zwykle starsze, z zaparciem stolca przewlekłem, najczęściej tak zwanem skurczowem, które tak środki przeczyszczające, jak i samoistnie pojawiającą się biegunkę, źle znoszą. Biegunka taka sprawia u tych osób objawy wyczerpania serca (coeur fatigué). Dolegliwości sercowe pod wpływem biegunki zwiększają się, a jeżeli ich nie było, to się ujawniają. Są to osoby, cierpiące na miażdżycę ogólną, przewlekłe sprawy zapalne, zwyrodnienia (otłuszczenia) lub złe odżywianie miąższu sercowego. Powstaje u nich osłabienie czynności (niedomaganie) serca, wskutek zmniejszonej energii zapasowej narządu, który to stan można nazwać »hypodynamia cordis diarrhoïca«.

2. Podobne objawy pojawiają się także u chorych, cierpiących równocześnie na zaparcie stolca i wady zastawkowe, jeżeli mięsień sercowy jest zmieniony.

3. W powyższych przypadkach leczenie zaparcia jest bardzo utrudnione. Najlepiej jest, jeżeli zaparcie pozostawimy przez kilka dni w spokoju, unikamy silniejszych środków i wód przeczyszczających, a ograniczamy się do czopków glicerynowych, lawatyw wodnych i olejnych, galwanizacyi jelit, wewnętrznie zaś podajemy wyciąg wilczej jagody (extr. belladonnae), cukier mleczny lub magnezyę paloną, który to przetwór tacy chorzy ze wszystkich środków najlepiej jeszcze znoszą. Obok tego, według stanu chorego, dyeta tłusta lub owocowo-jarzynowa, która jednak sama przez się w niewielu tylko przypadkach do celu prowadzi.

Jeżeli wskutek biegunki pojawiły się objawy niedomogi serca, to należy chorego położyć do łóżka i starać się krew z obszaru nerwów trzewnych przeprowadzić do obwodu, mięśni, mózgu, a to dzieje się przez stosowanie środków, zwężających naczynia trzewne, nux vomica, środków rozszerzających naczynia obwodowe, (ciepłe flaszki do nóg), środków rozszerzających naczynia obwodowe i mózgowe, a zwężających naczynia trzewne (wyskok, kofeina, kawa czarna, mocna herbata, kola, [tra semin. colae, vinum colae], wino czerwone, polewka z wina czerwonego). Przedewszystkiem zaś należy powstrzymać ruch jelit przez przetwory makowca, a przesączanie z błony śluzowej przez środki ściągające: nastój chinowy (tra cort. chinae), pastwinowy (tra ratanhiae), kakao żołędziowe i t. p.

Osoby, okazujące biegunkową niedomogę serca, należy przestrzegać przed systematycznem leczeniem biegunkowem bądź pigułkami przeczyszczającemi, bądź ostrzejszemi wodami mineralnemi. Widziałem bowiem przypadki tego rodzaju, które pod wpływem przeczyszczającego leczenia popadły w postępującą niedomogę serca i zakończyły się niekorzystnie. Chodzi tu przeważnie o osoby starsze, u których bądź z powodu ogólnej miażdżycy, bądź z powodu zmniejszenia napięcia nerwowego, zwłaszcza nerwów błędnych, głównie czynny jest już tylko automatyzm samego mięśnia sercowego. Mięsień zaś w wieku późniejszym bardzo często ulega wielorakim zwyrodnieniom (myodegeneratio, myofibrosis senilis).

Uważam również za niestosowne użycie ostrych środków przeczyszczających u chorych na ostre choroby gorączkowe, u których mięsień sercowy działaniem jadów bakteryjnych bywa zmieniony (błonica, grypa, zapalenie płuc i t. d.). Wspominam o tem tutaj z tego powodu, że w gorączkowych chorobach zakaźnych pojawia się często bębnica, bardzo przykra dla chorych, którzy żądają środków przeczyszczających, a lekarz im je zwykle podaje. Widziałem wielokrotnie, że u takich chorych po ostrej biegunce, wywołanej środkiem przeczyszczającym, powstaje zapad z cechującem zaostrzeniem rysów twarzy. Najstosowniejsze są tu lawatywy i środki wiatropędne (carminativa).

4. Z powyższych uwag okazuje się, że biegunkowa niedomoga serca (hypodynamia cordis diarrhoïca) pojawia się u osób, które już są skłonne do osłabienia mięśnia sercowego, a to z powodu, że jego energia zapasowa jest zmniejszona i niewystarczająca. Serce takie, przy pewnych niekorzystnych warunkach, jakim jest np. biegunka, okazuje kliniczne objawy niedomogi czynnościowej. A dzieje się to, jak już wyżej wspomniano, przeważnie u chorych ze zmianami przewlekłemi i zwyrodnieniami mięśnia sercowego. Zmiany mogą być jeszcze tak nieznaczne lub znajdować się w miejscach dla czynności narządu mniej ważnych, że się klinicznie jeszcze nie ujawniają, są przeto utajone, a dopiero stan biegunkowy je ujawnia. Dlatego można stan biegunkowy, względnie silny środek przeczyszczający, spożytkować jako próbę przeczyszczającą dla wykazania utajonej niedomogi serca. Jeżeli po

użyciu kilkodniowem (zwykle przez trzy dni) silnych środków przeczyszczających (senna, frangula, jalapa) albo wody gorzkiej (woda morszyńska), pojawi się wśród biegunki obok ogólnych objawów, jakoto znacznego stopnia osłabienia, bladości skóry, zajęcia głowy, — tętno przyspieszone miękkie, drobne, a nawet przerywane, tony serca głuche, a możliwie i dusznica, to należy przypuścić, że istnieje zmniejszenie energii zapasowej serca bądź z powodu zmian anatomicznych, bądź odżywczych (myopathia cordis).

O ile z pojawienia się niemiarowości (pararrhythmus) serca i dusznicy sercowej wśród biegunki możnaby wnosić o jakości i miejscu zmian w sercu, tego nie będziemy roztrząsać na tem miejscu.

Z badań nad wielobiegunową mitozą.

Podał

K. Kostanecki.

Wzajemny stosunek promieniowań i chromosomów w wielobiegunowych mitozach.

W niedawno ogłoszonych uwagach [1]) zastanawiałem się nad wytłomaczeniem zwiększonej ilości biegunów w wielobiegunowych mitozach.

Drugą sprawą, która w obrazach figur mitotycznych wielobiegunowych uderza i odznacza się swą różnorodnością, jest ugrupowanie wzajemne zwiększonej ilości promieniowań i rozmieszczenie ich wobec chromatyny; stosunek ten występuje najbardziej charakterystycznie w okresie gwiazdy macierzystej, jakoteż w okresach bezpośrednio po niej następujących, i wówczas też odrębne cechy tego układu najbardziej się uwydatniają.

Nie wszędzie, gdzie w jednem ciele komórkowem mamy więcej niż dwa promieniowania, tworzą się obrazy wielobiegunowej mitozy; nie będziemy mówili o mitozie wielobiegunowej, jeśli np. w przypadkowo (wszystko jedno z jakiego powodu) niepodzielonem ciele komórkowem mamy dwa (por. ryc. A), trzy, czy też nawet i większą ilość wrze-



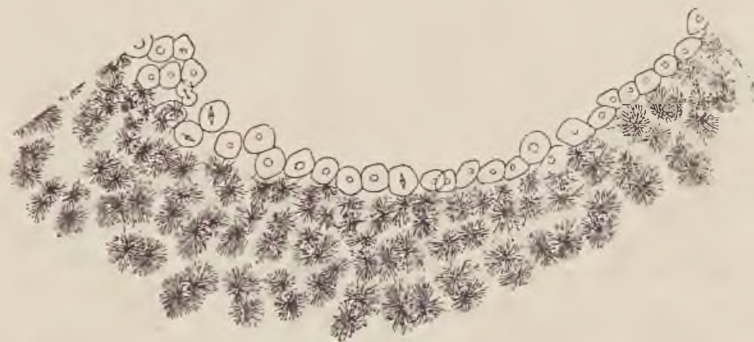
Ryc. A wedle Baltzera.

cionek, leżących w większym odstępie i nie oddziaływających na siebie, nie łączących się swemi promieniowaniami. Bardzo ciekawe obrazy np., które uzyskiwał Brachet w wielokrotnie zapłodnionych (polispermicznych) jajkach żaby (por. ryc. B) lub Kopsch w preparatach brzegów tarczy



Ryc. B wedle Bracheta.

zarodkowej u Belone acus (ryc. C), nie podpadają pod

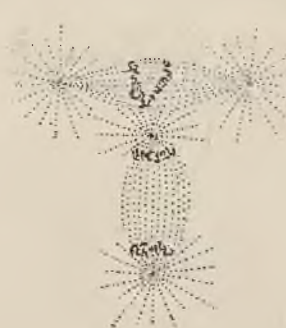


Ryc. C wedle Kopscha.

pojęcie wielobiegunowej mitozy, lecz dają przykład wielu niezależnie od siebie wśród plazmy rozmieszczonych wrzecionek dwubiegunowych

Dopiero, jeśli wrzecionka z promieniowaniami nie są od siebie oddzielone pewną warstwą obojętnej plazmy i przychodzi bądź to do połączeń między promieniowaniami wrzecionek, bądź też do oddziaływania promieniowań jednego wrzecionka na chromosomy drugiego, otrzymujemy charakterystyczne cechy wielobiegunowej mitozy.

Formą niejako przejściową między niezależnemi wrzecionkami, leżącemi tylko we wspólnem ciele komórkowem, a między mitozą wielobiegunową są np. znane nam już obrazy, opisane przez Henneguyego i Bracheta (por. ryc. D_1 i D_2), w których jak widzieliśmy, promieniowanie je-



Ryc. D_1 wedle Bracheta.



Ryc. D_2 wedle Henneguy'ego.

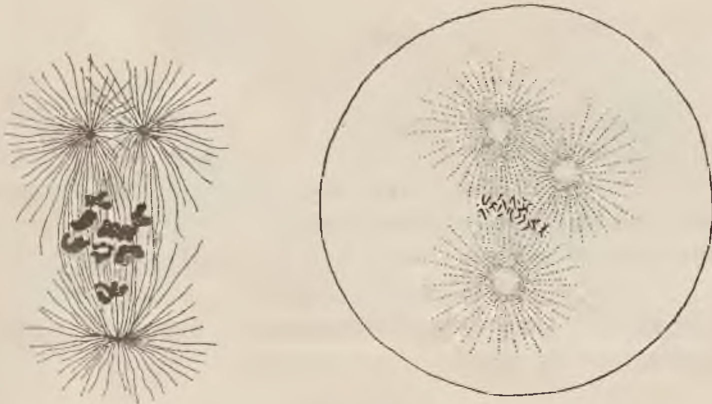
---

[1]) por. Przegląd Lekarski 1911, Nr 22.

dnego wrzecionka, zbliżone do chromosomów drugiego, wywoływa zboczenie w ich układzie, pociągając i przytrzymując je częściowo ku sobie.

Cały szereg przykładów poucza nas, że wytworzenie się wielobiegunowej mitozy zależne jest od blizkiego położenia wrzecionek, a głównie od położenia promieniowań jednego wrzecionka w stosunku do chromosomów drugiego. Jeśli zaś cofniemy się wstecz i pomyślimy, że wrzecionko tworzy się przez to, iż jądro rozpada się na chromosomy, a bieguny wrzecionka przez podział centriolu, który w stanie spoczynku i nawet w pierwszych okresach mitozy ściśle do jądra przylega, to ogólniej powiedzieć możemy, że wielobiegunowa mitoza, różnorodność jej typów, polegająca na tak różnorodnem ugrupowaniu promieniowań i chromatyny, zależna jest przedewszystkiem od wzajemnego rozmieszczenia jąder w plazmie wspólnego ciała komórkowego i od kierunku osi rozwijających się wrzecionek, co znowuż jest w zależności od tego, po której stronie jąder leżą ich centriole.

W pierwszym mym artykule o wielobiegunowej mitozie mówiłem o tem, że trójbiegunowowa mitoza (a nawet czterobiegunowa) może się czasem wytworzyć z jądra jednowartościowego (t. j. mającego normalną ilość chromosomów) skutkiem przedwczesnego podziału centriolu — czy to na jednym, czy na obydwu biegunach zwykłego dwubiegunowego wrzecionka — na dwa centriole drugiego pokolenia (por. ryc. E_1 i E_2); że w takim razie centriole ze



Ryc. E_1 wedle Schockaerta. Ryc$_2$ E wedle Baltzera.

swemi promieniowaniami grupować się będą około wspólnej masy chromosomów, łatwo zrozumiemy. Jeśli mamy jądro, które powstało ze zlania się kilku jąder (t. zw. synkaryon), w takim razie centriole, których liczba zwykle odpowiadać będzie zdwojonej liczbie jąder, z której synkaryon powstał, również ugrupują się ze swemi promieniowaniami około wspólnej grupy chromosomów; już więcej różnorodne będzie ugrupowanie mas chromatycznych przy jądrach płatowatych lub leżących blizko siebie, a oczywista najróżnorodniejsze będzie rozmieszczenie pojedynczych grup chromosomów, o ile powstają one z jąder, leżących w większem od siebie oddaleniu. Nie możemy omawiać tu dokładniej różnych czynników, wpływających na to, że jądra, zawarte w większej ilości wśród jednej komórki [1]), raz mogą pozostawać jako niezależne jądra w większem od siebie oddaleniu, drugi raz zbliżać się aż do zetknięcia, a nawet zlania, tworząc czy to stos jąder, czy jądro płatowate, czy wreszcie jedno wspólne jednolite pęcherzykowate jądro (synkaryon).

Stwierdzić tylko możemy, że położenie jąder jest niejako ustalone w chwili, gdy jądro wstępuje w okres mitozy, czyli że chromosomy tworzą albo zupełnie, albo mniej więcej wspólną masę, albo też tworzą odrębne grupy, leżące w mniejszem lub większem od siebie oddaleniu; centriole, otoczone promieniowaniem, opanowują nietylko chromosomy, powstające z tych jąder, do których centriole pierwotnie należały, ale dążą one do owładnięcia także chromosomów, pochodzących z innych jąder, o ile te leżą w pobliżu, w ich sferze działania (por. powyżej ryc. D_1 i D_2); co się natomiast tyczy wzajemnego stosunku promieniowań z centriolami podczas mitozy, to nie mają one tendencyi skupiania, zbliżania i zlewania się, przeciwnie wykazują dążność do oddalania się, każde stara się wytworzyć własną sferę działania, co mianowicie wyraźnie występuje między promieniowaniami nie połączonemi grupami chromosomów; chromosomy są niejako łącznikiem między promieniowaniami.

Ta zależność powstawania figur mitotycznych wspólnych wielobiegunowych od położenia jąder jaknajwyraźniej ujawnia się przy polispermii.

Wielokrotnie zapłodnione, polispermiczne jajko uważać możemy za komórkę wielojądrową (to, że każde jądro plemnika zawiera, jak wiemy, tylko połowę ilości chromosomów w stosunku do komórek somatycznych, jest dla nas chwilowo obojętne); jądru każdego plemnika towarzyszy centriol, który następnie dzieli się na dwa.

Losy tych plemników zależne są od tego, czy pozostają one w większem oddaleniu od siebie, a głównie od jądra jajka, czy też się ku niemu zbliżają, a to zależy głównie od wielkości jajka, albo raczej od ilości zawartej w niem deutoplazmy, t. j. żółtka.

U niektórych zwierząt, które posiadają jajko bardzo wielkie, polispermia należy do objawów prawidłowych, ale z całego szeregu plemników, jakie wnikają, jeden tylko łączy się z jądrem jajka, dając wrzecionko dwubiegunowe, inne zaś tworzą niezależne odrębne dwubiegunowe wrzecionka, nie łączące się w figury wielobiegunowe.

Polispermia, wywołana sztucznie w jajkach żaby, zawierających dużą masę żółtka, wiedzie również do wytworzenia się szeregu niezależnych, w równomiernych odstępach ułożonych wrzecionek (Brachet, Herlant, por. ryc. F)

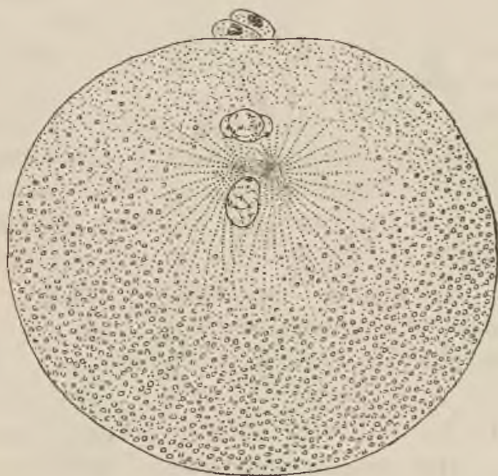
U zwierząt posiadających małe stosunkowo jajka, a głównie u zwierząt z równomiernie rozłożoną deutoplazmą, daje wielokrotne zapłodnienie obrazy bardzo różnorodne i przez to niezmiernie pouczające. Polispermiczne jajka spotyka się dość często pomiędzy innemi prawidłowo za-

[1]) Biorę tutaj na uwagę tylko jądra pełnowartościowe' z których każde posiada swój centriol; w niektórych komórkach (np. leukocytach) mamy bowiem jądra płatowate albo szereg małych pęcherzykowatych osobnych jąder, które są jednakowoż raczej tylko kawałkami jądra i które dopiero wszystkie razem wzięte reprezentują pełną wartość jądra, w chwili mitozy wszystkie razem dopiero dają normalną ilość chromosomów w dwubiegunowem wrzecionku. Takie cząstkowe jądra mogą powstawać albo przez to, że po ostatniej mitozie chromosomy gwiazdy potomnej utworzyły grupami kilka małych pęcherzykowatych jąder albo też przez późniejszą zmianę kształtu, przewężanie się i rozdzielenie się jądra pierwotnie okrągłego.



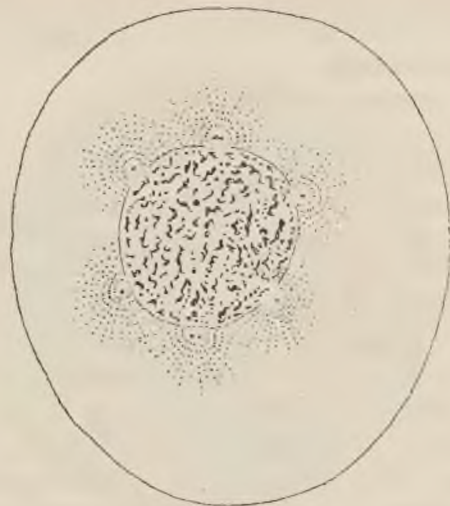
Ryc. F wedle Bracheta.

płodnionemi jajkami, albo też można polispermię otrzymać sztucznie (przez dodanie bardzo dużej ilości plemników w stosunku do jajek, przez zastosowanie różnych odczynników chemicznych, bodźców mechanicznych, termicznych i t. p.); obrazy wielokrotnie zapłodnionych jaj badane były dokładnie, począwszy od prac Fola, braci Hertwigów (1887) aż do ostatnich lat, ponieważ dawały one podstawę do rozstrzygnięcia szeregu zagadnień z życia komórki, jak analizy mechaniki mitozy, istoty procesu zapłodnienia, sprawy dziedziczności i t. p. Przy prawidłowem zapłodnieniu jedna główka (jądro) plemnika zbliża się, poprzedzona zazwyczaj swem zdwajającem się promieniowaniem, ku jądru jajka (por. ryc. G), aby się z niem zetknąć lub, u znacznej części



Ryc. G. Zapłodnione jajko Cerebratulus marginatus.

zwierząt, nawet i zlać; promieniowania plemnika z centriolami tworzą bieguny pierwszego wrzecionka podziału (fuseau de ségmentation, Furchungsspindel), centriol jajka zanika; taksamo i przy wielokrotnem zapłodnieniu główki plemników dążą ze swemi promieniowaniami ku leżącemu w środku lub blizko środka jądru jajka i o ile wszystkie jądra plemników zetkną się istotnie z jądrem jajka, mogą one tu tworzyć stos jąder albo też zlać się we wspólne wielkie jądro (por. ryc. H_1), około nich lub niego i taksamo,



Ryc. H_1 wedle Wilsona.



Ryc. H_2 wedle O. Hertwiga.

gdy wszystkie jądra rozpadną się na chromosomy, około wspólnej masy chromosomów (por. ryc. H_2), układają się jak na obwodzie kuli promieniowania plemników, których liczba odpowiada zdwojonej ilości plemników; układają się one zazwyczaj w bardzo regularnych odstępach, tak że otrzymujemy jakoby wielościan, wrysowany w kulę, którego wierzchołki oznaczają promieniowania a krawędzie wrzecionka (por. ryc. H_3).



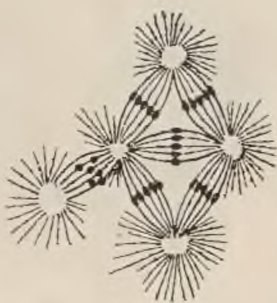
Ryc. H_3 wedle O. i R. Hertwigów; wyrysowane są tylko wrzecionka leżące w jednej połowie kuli.

Czasem jednak tylko część główek plemników dotrze do jądra jajka i wytworzy regularne figury wielobiegunowe, reszta zaś może się spóźnić w swej wędrówce, czy to skutkiem tego, że nie wszystkie plemniki równocześnie wniknęły, czy też skutkiem tego, że rozwijające się ich promieniowania ze sobą kolidowały i odpychały się; te plemniki mogą rozpaść się na chromosomy i wytworzyć wrzecionka w pewnem oddaleniu od jądra jajka, a więc od głównej figury mitotycznej, w której mieszczą się chro-

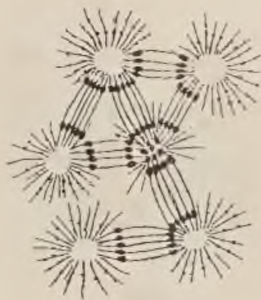
mosomy jajka i szeregu plemników, i tu znów mogą one albo leżeć w znaczniejszem od niej oddaleniu, oddzielone warstwą obojętnej, ziarnistej plazmy, nie łącząc się z nią zupełnie (por. ryc. I_1), albo też wrzecionka te mogą jednym biegunem zbliżać się do głównej figury i tworzyć w ten sposób częściowo łączny obraz (por. ryc. I_2).

Jeżeli zaś w polispermicznie zapłodnionem jajku jeden tylko plemnik dotrze ze swem promieniowaniem do jądra jajka i wytworzy z niem dwubiegunowe wrzecionko, inne plemniki mogą albo wytworzyć zupełnie samodzielne, niezależne, w pewnem oddaleniu leżące wrzecionka, albo też jednym biegunem mogą się te wrzecionka zbliżyć do głównego i łącznie z niem tworzyć wielobiegunową figurę (por. ryc. I_3 i I_4).


Ryc. I_1.


Ryc. I_2.


Ryc. I_3.


Ryc. I_4.

Ryc. I_{1-4}. Wielokrotnie zapłodnione jajka jeżowców wedle O. i R. Hertwigów.

Wrzecionka plemników, leżące w plazmie w pewnem oddaleniu od amfikaryotycznych wrzecionek, (t. zn. wrzecionek, zawierających chromosomy jądra jajka i plemników), mogą znowuż, o ile leżą po kilka blizko siebie, wytwarzać łączne figury wielobiegunowe (por. ryc. I_1).

Szereg kombinacyi wielobiegunowych figur, jakie możemy mieć w jajkach polispermicznych, opisywali u jeżowców bracia Hertwigowie; zupełnie podobne obrazy spotykałem w jajkach Mactry, ale ani opisem, ani setkami figur nie możnaby przedstawić wyczerpująco tej olbrzymiej różnorodności, jaka tu panuje; sądzę jednak, że te uwagi wystarczą, aby przedewszystkiem zaznaczyć wpływ położenia jądra na obraz wytwarzającej się wielobiegunowej figury.

Poznanie tej kategoryi wielobiegunowej mitozy pozwoli nam też łatwiej ocenić obrazy, które powstają czy to w doświadczeniach nad jajkami, czy też w pierwszych blastomerach, czy wreszcie w komórkach somatycznych (prawidłowych lub nowotworowych), skutkiem tego, że poprzedniej mitozie nie towarzyszył podział komórki.

Jeśli np. po dwubiegunowej mitozie mamy komórkę dwujądrową i obok każdego jądra znajduje się przynależny doń centriol, to uwzględniając prawa mitozy, które poznaliśmy, stwierdzić musimy, że anomalią byłoby powstanie w takiej dwujądrowej komórce mitozy dwubiegunowej, z góry natomiast musimy oczekiwać czterech biegunów, których pojawienie się będzie tylko naturalnem następstwem poprzedniej nieprawidłowości, t. j. niewystąpienia podziału ciała komórkowego po poprzedniej mitozie; jeśli i w dalszym ciągu podział ciała komórkowego nie towarzyszy mitozie, otrzymujemy przy każdej nowej mitozie zdwajającą się ilość biegunów (o możliwości pewnych wahań co do ilości biegunow mówiłem w poprzednim artykule).

I tu znów, podobnie jak w polispermicznych jajkach, możemy mieć albo niezależnie od siebie leżące odrębne dwubiegunowe wrzecionka, albo też mogą się tworzyć łączne figury mitotyczne, a więc mitozy wielobiegunowe; zależy to znowuż od tego, jak wrzecionka leżą względem siebie i o ile silnie rozwinięte są ich promieniowania, dla położenia zaś wrzecionek, jak już mówiliśmy, decydującem będzie wzajemne położenie jąder, wstępujących w okres mitozy.

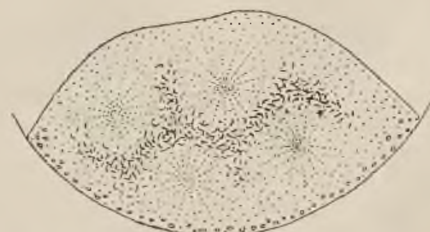
Jeśli mitozy szybko po sobie następują, a więc przedewszystkiem w doświadczeniach na jajkach w pierwszym okresie rozwoju, możemy bezpośrednie następstwo zmian łatwo wyśledzić i zależność obrazów mitotycznych od położenia jąder niezmiernie wyraźnie stwierdzić.

Tam, gdzie jądra leżą w pobliżu, a tem więcej, gdzie się zlewają, tworząc płatowate albo jednolite kuliste lub owalne synkaryonty (por. ryc. K_1), otrzymujemy kłębki chromosomów blizko siebie ułożone albo nawet zupełnie jednolite i w okresie gwiazdy macierzystej łączną ale naturalnie na wrzecionka odpowiednio rozłożoną płytę równikową chromosomów (ryc. K_2 i K_3).


Ryc. K_1.

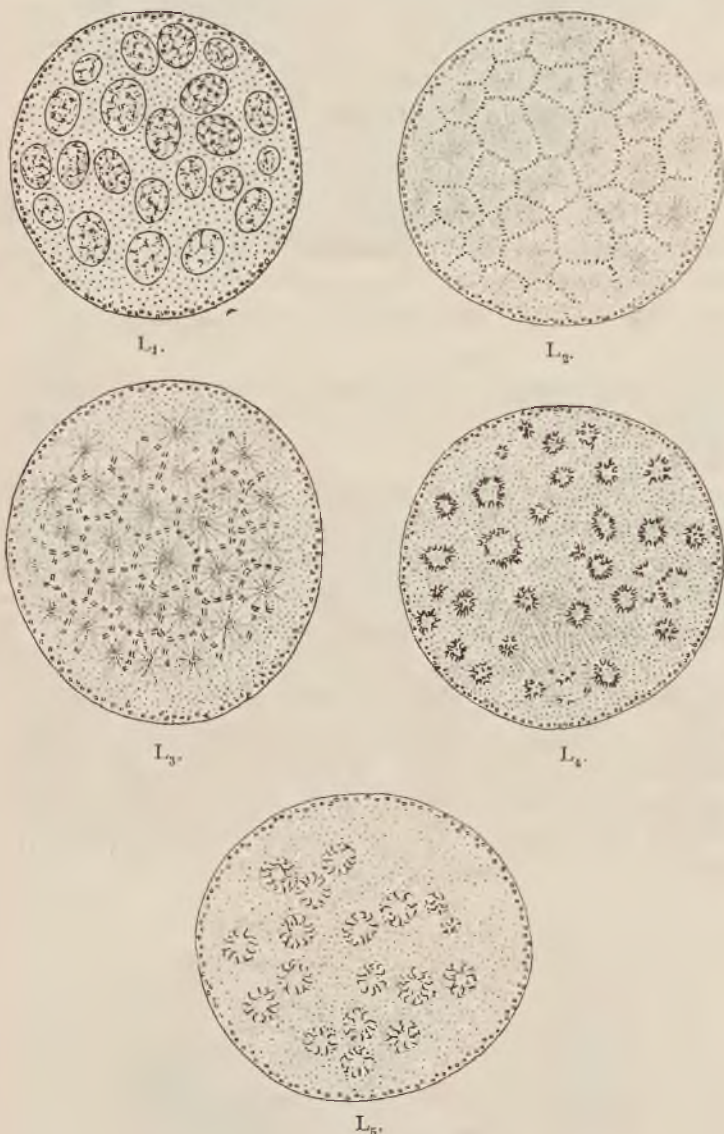

Ryc. K_2.

Jajka Mactry rozwijające się partenogenetycznie bez podziału plazmy.

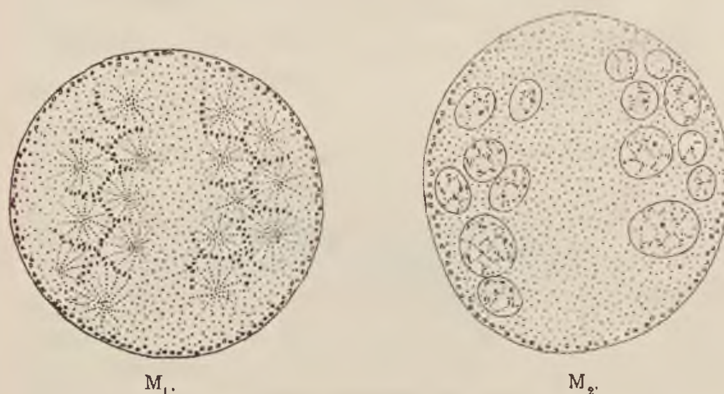

Ryc. K_3.

Jeden z blastomerów partenogenetycznie rozwijającego się jajka Mactry.

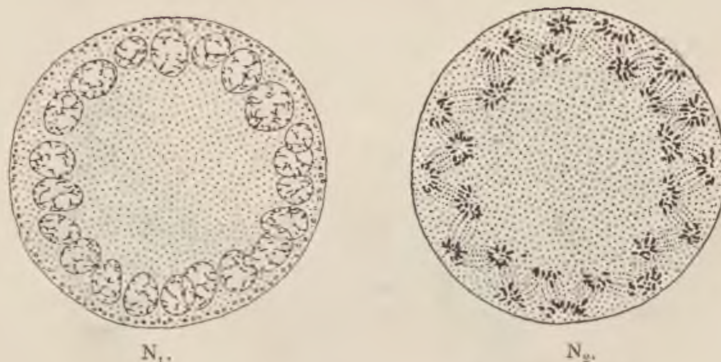
O ile zaś jądra w większej ilości rozmieszczone były w plazmie mniej więcej równomiernie (ryc. L_1) i promieniowania wrzecionek przy mitozie silnie są rozwinięte, tak że opanowują leżące w pobliżu chromosomy, mogą się tworzyć obrazy wielobiegunowej mitozy, jakie opisałem w jajkach Mactry, rozwijających się partenogenetycznie bez podziału plazmy, a które ilustrują ryc. L_2—L_5. W okresie gwiazdy macierzystej całe ciało komórkowe wypełnione jest niezmiernie regularnie rozłożonymi chromosomami i promieniowaniami, chromosomy tworzą jakby ściany pianki albo woszczyny, a wnętrze każdego pola zajmują promieniste słońca; widzimy, że odstęp między promieniowaniami jest zupełnie równy, co odnieść należy do wpływu odpychającego, jaki jedna sfera na drugą wywiera. Obrazy mitotyczne, jak w ryc. M_1, odnieść trzeba do rozmieszczenia jąder widocznego w ryc. M_2; tutaj odstęp między grupami jąder, leżącemi po jednej, a jądrami, leżącemi po drugiej stronie, był zbyt wielki i stąd nie przyszło do połączeń między temi dwiema grupami mitotycznemi wielobiegunowemi. Ryc. zaś N_1 i N_2 przedstawiają obrazy rozwoju jajka zapłodnionego Mactry, u którego odbywał się podział jąder, ale podział plazmy był powstrzymany. Jądra ułożyły się zupełnie, jak w prawidłowo rozwijającem się jajku blizko obwodu, tylko brak jest granic, oddzielających terytorya komórkowe; ryc. N_2 przedstawia obraz przekroju takiego jajka w mitozie. Rekonstruując obraz całego jajka z szeregu przekrojów, widzimy, że mitozy ułożone są jakby w siatkę pod powierzchnią kuli, wnętrze zaś jest wypełnione obojętną plazmą.



Ryc. L_1 — L_5. Jajka Mactry.

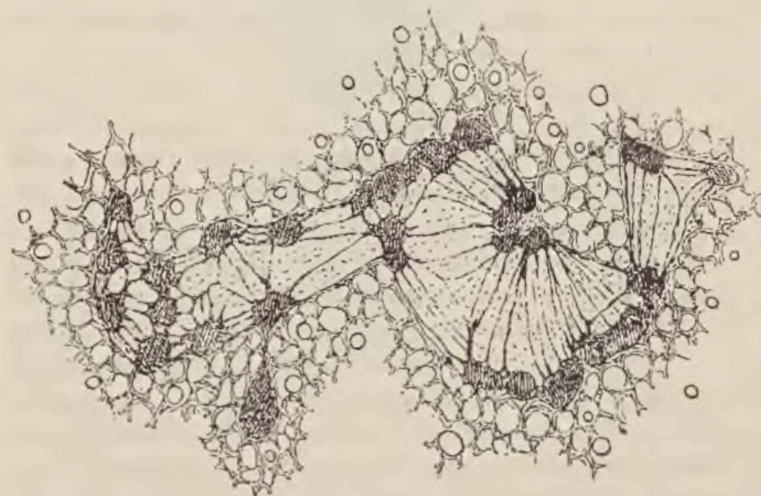


Ryc. M_1 i M_2. Jajka Mactry.

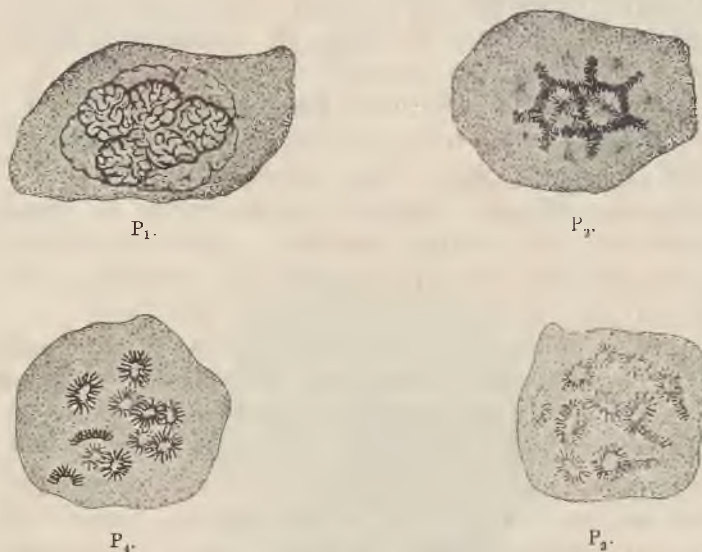


Ryc. N_1 i N_2. Jajka zapłodnione Mactry.

Jako dalszy przykład jednej z form, ilustrujących dobrze zależność konfiguracyi wielobiegunowej mitozy od rozmieszczenia jąder, mogą nam służyć obrazy, opisywane przez Hisa i innych autorów w obwodowych częściach tarczy zarodkowych niektórych zwierząt, których jaja dzielą się meroblastycznie. Na brzegach tarczy zarodkowej pozostaje zawsze masa protoplazmatyczna niezróżnicowana chwilowo w odrębne terytorya komórkowe, zawierająca większą ilość jąder (t. zw. syncytyum); leży ona podobnie jak cała tarcza zarodkowa na wielkiej masie deutoplazmy, żółtka; w tej cienkiej stosunkowo blaszce plazmy leżą jądra obok siebie, po części połączone albo też i zlane ze sobą. Przechodząc w okres mitozy, tworzą one jakby rodzaj opony, sieci złożonej z promieniowań i chromosomów (ryc. O).


Ryc. O wedle Hisa.

Obrazy, które poznaliśmy we wczesnych okresach rozwoju jajka, dają nam wskazówki do ocenienia wielobiegunowej mitozy w komórkach somatycznych, jak olbrzymich komórkach szpiku kostnego, wątroby zarodka (por. ryc. $P_1 - P_4$), w doczesnej, w tkankach odradzających się,



Ryc. $P_1 - P_4$. Komórki olbrzymie wątroby zarodka.

a taksamo i w nowotworach. Geneza ich niewątpliwie jest tasama, t. j. pochodzą one stąd, że poprzednim mitozom nie towarzyszył podział komórki. Przeważnie mamy w nich typ mitozy z jednolitą łączną, rozgałęzioną płytą równikową chromosomów (por. ryc. P_2), ale też jądra w stanie spoczynkowym leżą w tych komórkach olbrzymich zwykle blizko siebie, przeważnie nawet stykają się (tworząc albo stos, albo wieniec, albo jakby kulę wewnątrz pustą i t. p.), przytem przeważnie zlewają się ze sobą, dając jądra płatowate albo też nieraz prawie zupełnie kuliste synkaryonty. A z różnego kształtu obrazu gwiazd macierzystych, mianowicie, że spotyka się i różne obrazy okresu przejściowego, t. j. kłębka macierzystego (por. ryc P_1), można jeszcze odtworzyć sobie obraz rozmieszczenia jąder w stanie spoczynku.

Co na to wpływa, że jądra, czy to w komórkach olbrzymich, czy też w wielojądrowem niepodzielonem jajku lub blastomerach czasem zachowują swą samodzielność, czasem zaś mają tendencyę zbliżania się i tworzenia mniej lub więcej jednolitych synkaryontów, tego wytłomaczyć na razie nie możemy. Przy doświadczeniach różne czynniki, którymi powstrzymujemy podział komórki, różnie pod tym względem działają, a czasem nawet w tem samem doświadczeniu w różnych fazach rozwoju jądra zachowują się różnie, np. w pierwszych okresach partenogenetycznego rozwoju u Mactry, wywołanego zadziałaniem chlorku potasu, jądra miały tendencyę zlewania się, w późniejszych natomiast okresach zachowywały swą samodzielność.

Oddawna już autorowie, opisujący wielobiegunowe figury mitotyczne, starali się sformułować pewne prawa, wedle których promieniowania i chromosomy względem siebie się układają.

Krompecher w pracach swych podnosił słusznie, że przy ocenianiu figur wielobiegunowych musimy mieć na uwadze, iż bieguny i wrzecionka nie zawsze leżą w jednej płaszczyźnie, ale że tworzą one figury stereometryczne; prócz tego zwracał on również słusznie uwagę na to, że jedna i tasama forma przestrzenna, widziana pod mikroskopem z różnych stron, może dać pozornie bardzo odmienny obraz, tak np. różne formy czterobiegunowej mitozy (poza niektóremi formami, gdzie bieguny i wrzecionka są ugrupowane w jednej płaszczyźnie) sprowadza on do typu czworościanu umiarowego, tylko w rozmaitem położeniu.

Mojem zdaniem zupełnie niesłusznie czyni tylko Krompecher poprzednim autorom zarzut, jakoby opisane przez siebie obrazy pojmowali, jako leżące w jednej płaszczyźnie; cały szereg autorów poprzednio już w opisach swych zwracał uwagę na obrazy figur przestrzennych, jakie przy wielobiegunowej mitozie wynikają i w rycinach to niejednokrotnie uwydatniał. W dążeniu zaś swem sprowadzenia obrazów wielobiegunowych mitotycznych do typu wielościanów umiarowych, w. foremnych, w. Platona (t. j. czworo- sześcio-ośmio-dwunasto- i dwudziestościanów) poszedł Krompecher za daleko w schematyzowaniu; jak zobaczymy, już przy czterobiegunowej mitozie, którą Krompecher głównie analizuje, mamy tak różnorodne obrazy, że kategorye Krompechera ani w przybliżeniu ich nie wyczerpują. Co się zaś tyczy figur o większej ilości biegunów, to bieguny te nietylko odpowiadać mogą wierzchołkom wielościanów umiarowych (4—6—8—12—20-ścianów), lecz ilość biegunów może być dowolna, czyli że mogą się tworzyć wielościany z bardzo różną ilością wierzchołków, czasem są one istotnie jakby wpisane w kulę, ale czasem także tworzą one bryły o znacznie mniej regularnych kształtach. Mojem zdaniem różnorodność obrazów jest zbyt wielka, aby się dały wtłoczyć w kilka tylko figur przestrzennych.

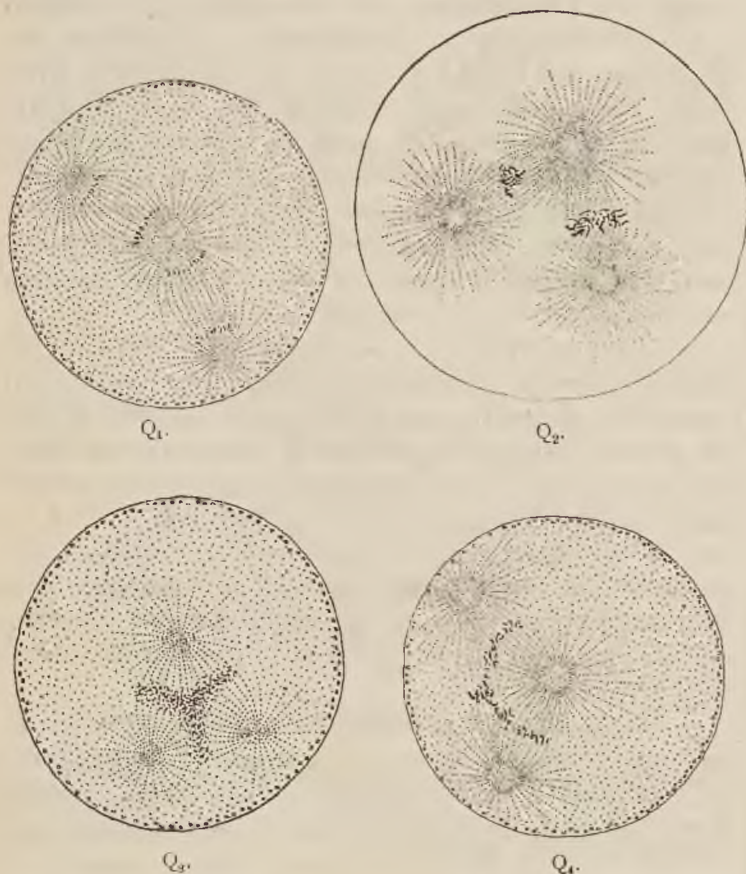
Część autorów rozróżnia kształty figur mitotycznych wielobiegunowych wedle układu wzajemnego promieniowań, inni zaś kładą główny nacisk na układ chromatyny w okresie gwiazdy macierzystej, akcentując wytwarzanie się jednolitej rozgałęzionej blaszki równikowej chromosomów (plaque nucléaire multiple, einheitliche verzweigte Kernplatte i t. p.); tak np. niektórzy oznaczają nazwą Triaster obraz trzech promieniowań, inni tej nazwy używają do oznaczenia tych obrazów, gdzie chromosomy, ułożone w równikach każdego z wrzecionek, stykając się ze sobą, tworzą jakby gwiazdę o trzech promieniach.

Mojem zdaniem będziemy mogli, o ile chodzi o definitywnie rozwinięte figury wielobiegunowe, a więc przedewszystkiem o obrazy gwiazdy macierzystej, najlepiej zoryentować się w różnych obrazach, jeśli weźmiemy za wytyczne punkta bieguny, a więc centra promieniowań i osi wrzecionek. Chromosomy dają mniej przydatne kryteryum do rozróżniania, a to z kilku powodów: nasamprzód promieniowania i łączące je wrzecionka taksamo, jak przy dwubiegunowej mitozie, uzyskawszy pewien stopień wzajemnej równowagi, pozostają przez dłuższy okres we względnie stałem położeniu, natomiast chromatyna zmienia swe położenie, z układu równikowego przez metakinezę przechodzi w układ gwiazd potomnych, co całemu obrazowi nadaje zaraz inne cechy; następnie, jeśli nawet weźmiemy same obrazy gwiazd macierzystych, to, o ile chodzi o ustawienie pewnych ogólnych praw dla różnych zwierząt i różnych komórek, musimy mieć na uwadze, że chromosomy,

tworzące blaszkę równikową w niektórych komórkach, u niektórych zwierząt ułożone są tylko na obwodzie w równiku wrzecionka, tak że widziane z góry ułożone są jakby na obwodzie koła, u innych natomiast rozmieszczone są i wśród wrzecionka, tak że widziane z góry leżą nietylko na obwodzie koła, ale i wśród niego; następnie, jeżeli mamy choćby trzy wrzecionka na biegunach połączone, to, o ile wrzecionka są wysmukłe, chromosomy w równikach ich mogą tworzyć trzy osobne zupełnie blaszki równikowe, o ile natomiast wrzecionka są szersze, mogą się nagromadzone w równiku trzy blaszki chromosomów ze sobą zetknąć i będą np. widziane z boku tworzyły to, co autorowie niemieccy nazywają »Dreistrahl«.

Aby uprzytomnić ogromną różnorodność obrazów, mogących się tworzyć przy większej ilości biegunów, ograniczę się do przedstawienia szeregu napotykanych w mych preparatach (jajkach Mactry) figur dwóch najprostszych form wielobiegunowej mitozy, t. j. figur trój- i czterobiegunowych.

Przy trójbiegunowej mitozie spotykałem obrazy, które tłomaczą nam ryc. Q_{1}—$_{4}$, (por. także ryc. E_1 i E_2).



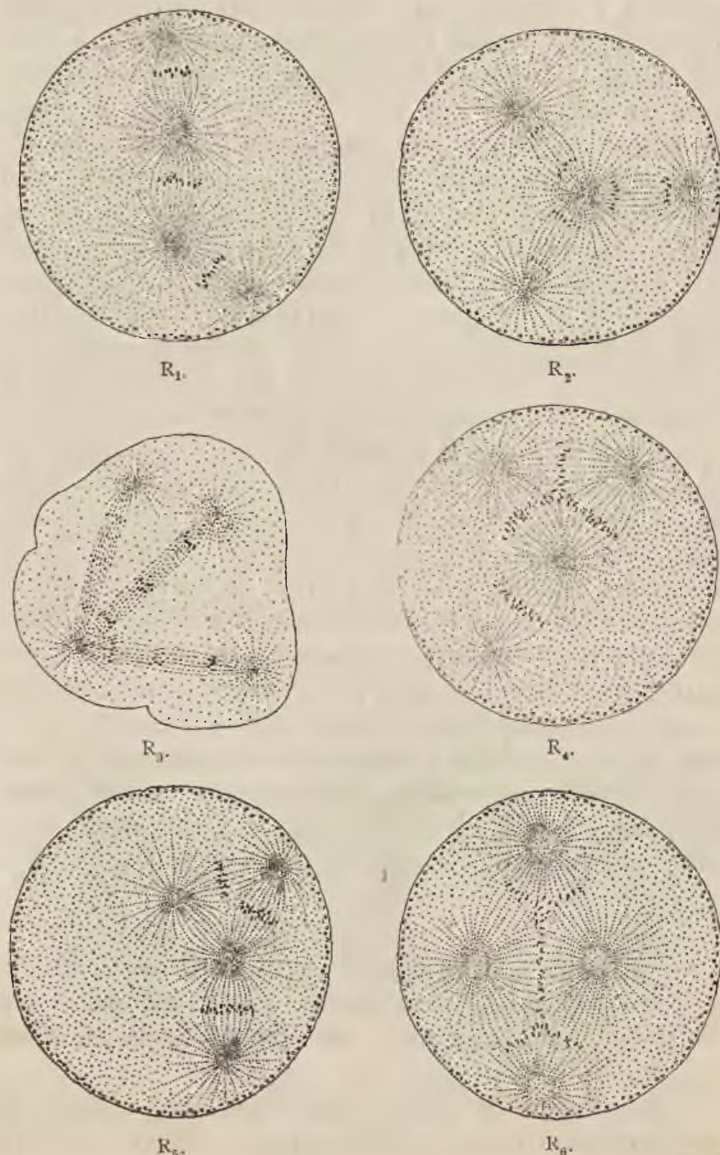
Ryc. Q_1, Q_3, Q_4. Jajka Mactry, Q_2. Jajko jeżowca wedle Baltzera.

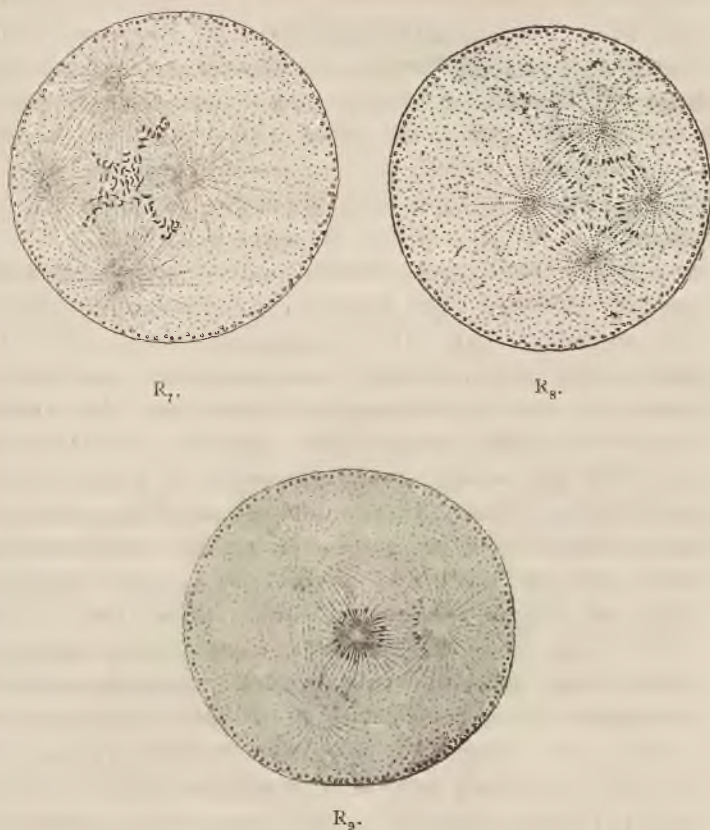
Możemy mieć dwa wrzecionka, mające jeden biegun wspólny, osi wrzecionek mogą albo leżeć jedna w przedłużeniu prostolinijnem drugiej albo też mogą być pochylone ku sobie pod kątem mniej lub więcej rozwartym (Q_1), prostym albo mniej lub więcej ostrym. Dwa bieguny mogą albo mieć promieniowania zupełnie samodzielne (Q_2) o ile zaś ich promieniowania się połączą i wytworzą trzecie wrzecionko, otrzymujemy obraz trójkąta równobocznego lub równoramiennego (ryc. Q_3 i Q_4). Jedno z wrzecionek może być »fuseau achrome«, t. j. może zupełnie nie zawierać chromosomów, które ograniczają się wówczas tylko do dwóch wrzecionek, albo też chromatyna może być rozłożona na wszystkie trzy wrzecionka, równomiernie (ryc. Q_3.) albo i nierównomiernie (Q_4).

O wiele już więcej możliwych kombinacyi mamy przy mitozie czterobiegunowej; w ryc. R_1—R_8 daję tylko stosunkowo mały wybór, niejako tylko główne typy napotkanych przezemnie figur, nie mogąc się pokusić o przedstawienie całego mnóstwa form przejściowych.

I tak możemy mieć układ łańcuchowy, jak w ryc. R_1; albo, o ile wszystkie trzy wrzecionka mają biegun wspólny, układ promienisty (R_2); z tego wspólnego bieguna w matematycznie równych odstępach rozchodzą się osi trzech wrzecionek; o ile wspólny wszystkim trzem wrzecionkom biegun przesunie się ku obwodowi, osi wrzecionek pod kątem mogą być ku sobie zbliżone (ryc. R_3).

Albo też cztery bieguny mogą układać się w ten sposób, że trzy tworzą wspólną jakby podstawową trójkątną figurę, a do jednego z biegunów dołączone jest jakby dodatkowe wrzecionko (R_4 i R_5); wrzecionka trójkąta podstawowego mogą albo wszystkie zawierać chromatynę, która tak, jak w ryc. R_4 w okresie gwiazdy macierzystej może po części się stykać, albo też jedno z wrzecionek może być pozbawione chromatyny (R_5), dodatkowe zaś wrzecionko może być więcej lub mniej pochylone ku jednej ze ścian trójkąta.





R_7. R_8.

R_9.

Ryc. R_1, R_2, R_4—R_9. Jajka Mactry, ryc. R_3 jeden z blastomerów Ascaris lumbricoides wedle Kr. Bonnerie.

Jeśli pomyślimy sobie wrzecionko w rycinie R_4 pochylone jeszcze więcej, promieniowanie jego swobodnego bieguna zyska łączność z sąsiednim biegunem i wytworzy się wówczas obraz czworoboku, jak w ryc. R_6. W czworobokach takich odstęp biegunów albo może być zupełnie równy (R_8), tak że otrzymujemy obraz zupełnie regularnego kwadratu, albo też tworzą się romby, romboidy (R_6 i R_7); oprócz wrzecionek, tworzących ściany czworoboku, mogą być i między przeciwległymi biegunami wrzecionka przekątne (R_6, R_7).

Chromatyna albo może być ułożona we wszystkich wrzecionkach, przyczem ogólny jej obraz zależny będzie od oddalenia biegunów, albo niektóre (jak w ryc. R_5, R_7) mogą być pozbawione chromatyny.

Przy takich obrazach jak R_4, R_5, a nawet R_6 i R_7, nie zawsze, a nawet rzadko tylko wszystkie cztery bieguny leżą w jednej albo mniej więcej w jednej płaszczyźnie; wobec trzech biegunów (które zawsze pomieścić możemy w jednej płaszczyźnie) czwarty leżeć może w płaszczyźnie innej, tak że przynależne doń wrzecionko może być pod różnym kątem i w różnym kierunku wobec głównej figury pochylone. Biegun taki, leżący w innej płaszczyźnie, niż trzy bieguny, może być połączony wrzecionkiem tylko z jednym biegunem albo z dwoma, albo też najczęściej z trzema; oprócz trzech wrzecionek podstawowych mamy wówczas dalsze trzy wrzecionka, łączące czwarty biegun z trzema innymi, czyli tak częsty przy czterobiegunowych mitozach obraz czworościanu umiarowego (R_9), którego wrzecionka znów albo wszystkie, albo częściowo mogą zawierać chromosomy.

Kształtów ogólnych grup chromatynowych z osobna w różnych tych kategoryach figur czworobocznych nie omawiam: są one zbyt różnorodne i zależne od tego, czy grupy chromosomów powstały z jąder, leżących w większem od siebie oddaleniu, czy też z jąder, stykających się albo ze zlanych ze sobą synkaryontów, następnie, przy układzie bryłowatym, obraz tej samej figury mitotycznej, widzianej z różnych stron, może być bardzo różny.

Jeśli już przy czterobiegunowej mitozie zmienność napotykanych obrazów jest tak wielka, to przy mitozie o większej ilości biegunów możliwość różnych kombinacyi układu biegunów i wrzecionek wzrasta niepomiernie, a różnorodność napotykanych istotnie obrazów nie pozostaje wstecz po za teoretycznie wykombinowanemi możliwościami. I tutaj możemy mieć układ łańcuchowy, promienisty, część biegunów może tworzyć jakby główną figurę, do której biegunów, czy to do jednego, czy większej ich ilości dołączają się jakby dodatkowe wrzecionka, czy to dwubiegunowe, czy też znów kilkubiegunowe; albo wreszcie może się tworzyć przez równomierne rozmieszczenie promieniowań i wrzecionek obraz mniej lub więcej regularnego wielościanu; o ile promieniowania nie są rozmieszczone na powierzchni mniej więcej regularnej kuli, lecz jakby przypłaszczonej kuli albo elipsoidu, bieguny przeciwległych ścian mogą być ze sobą połączone wrzecionkami, obrazy jak te, które widzieliśmy na ryc. L_1 — L_5 pouczają nas, że wnętrze kuli może być całe wypełnione i wrzecionkami i promieniowaniami, leżącemi w regularnych odstępach.

Najbardziej skomplikowany obraz dają wielobiegunowe mitozy w okresie t. n. metakinezy, t. j. w okresie, gdy z rozszczepienia chromosomów powstałe chromosomy potomne wędrują ku biegunom; obrazy te na skrawkach spotykamy stosunkowo rzadko, a to dlatego, że metakineza w porównaniu do innych okresów mitozy przebiega szybko; jeśli jednakowoż taki obraz spotkamy, widzimy chromosomy jakby rozsiane w ciele komórkowem, a obraz ten więcej będzie zawiły, im większa jest ilość biegunów i o ile chromosomy, jak to często bywa, nie wszystkie w zupełnie równem tempie ku biegunom się posuwają.

Gdy chromosomy zgromadzą się już na biegunach w kształcie gwiazd potomnych i taksamo, gdy z nich powstaną kłębki potomne, a z tych znów zaczną się wytwarzać przedziurawione pierścieniowate najczęściej jądra, nie zawsze, — mianowicie jeśli zanikły promieniowania i resztki wrzecionek środkowych —, będzie można rozpoznać, jakiego typu wielobiegunową mitozę mieliśmy w poprzednich okresach; zawsze tylko ilość gwiazd, kłębków i jąder potomnych odpowiada ilości biegunów.

Na ukształtowanie się wzajemnego stosunku jąder potomnych może w znacznej mierze wpływać wspomniane powyżej nierównomierne posuwanie się chromosomów ku biegunom w czasie metakinezy. Nieraz bowiem to opóźnienie niektórych chromosomów, które i przy dwubiegunowej mitozie czasem spotykamy, a przy wielobiegunowej nie należy do rzadkości, może być znaczniejsze, i gdy już z przeważnej części chromosomów rekonstruują się kłębki i jądra potomne, to niektóre chromosomy mogą pozostać wzdłuż nitek wrzecionka środkowego. Z takich w wędrówce swej powstrzymanych chromosomów mogą się tworzyć samodzielne małe jądra, albo raczej małe kawałki jąder, czasem znowuż takie chromosomy tworzą jakby łącznik między dwiema głównemi grupami chromatynowemi,

a gdy one taksamo jak gwiazdy potomne zamienią się przez wakuolizacyę i przez pęcznienie na pęcherzykowate jądra, będą tworzyły jakby pomost między jądrami głównemi; takie połączenia, przytrzymujące nawzajem jądra, ułatwiają tworzenie się jąder płatowatych i ewentualne zlewanie się ich, tworzenie się synkaryontów.

Co się tyczy jąder potomnych przy wielobiegunowej mitozie, to niezawsze są wszystkie równe. Wielkość jądra zależy od ilości chromosomów, z których powstaje. Przy dwubiegunowej mitozie chromosomy stoją pod wpływem dwóch promieniowań i po podłużnem rozszczepieniu jedna połowa zostaje pociągnięta ku jednemu, druga ku drugiemu biegunowi; czasem tylko zdarzają się t. n. niesymetryczne mitozy z nierównomiernym rozdziałem chromosomów na dwa bieguny (Hansemann, Stroebe, Galeotti i i.); przy wielobiegunowej mitozie, jak spojrzawszy na którąkolwiek figurę widzimy, każde promieniowanie jednego bieguna może mieć łączność kilku z grupami chromosomów, a znowu ku każdej grupie chromosomów mogą się zwracać promieniowania kilku biegunów, chromosom każdy jednak dzieli się taksamo, jak przy mitozie dwubiegunowej przez rozszczepienie tylko na dwa chromosomy potomne; przy metakinezie skutkiem tego chromosomy nietylko mogą, ale przeważnie muszą rozdzielać się nierównomiernie na pojedyncze bieguny; wyjątkowo, w pewnych warunkach wypaść może i prawie zupełnie, a nawet zupełnie równa liczba chromosomów na każdy biegun i wówczas możemy mieć równie wielkie jądra potomne.

Jest to więc raczej rzeczą przypadku, ile każdemu biegunowi przypadnie chromosomów w udziale; — już wobec choćby niebardzo nawet znacznej liczby chromosomów przy trój- albo czterobiegunowej mitozie ilość możliwych kombinacyi jest niezmiernie wielka. Boveri i Baltzer poświęcili dokładne bardzo prace tym stosunkom w jajkach jeżowców, zapłodnionych dwoma plemnikami, a badanie rozwijających się z takich jajek larw, badanie zmian w obrębie części ich rozwijających się z blastomerów o nierówno rozdzielonych chromosomach, posłużyły Boveriemu do bardzo ważnych, daleko idących wniosków co do różnicy jakościowych właściwości i wartości chromosomów.

Charakterystycznym objawem przy wielobiegunowej mitozie, któremu ona głównie właśnie swe istnienie zawdzięcza, jest to, że wszystkie jądra, zawarte w niepodzielonem ciele komórkowem, zazwyczaj wszystkie równocześnie wchodzą w okres mitozy i że we wszystkich mitoza w równem tempie przebiega; wahanie w przebiegu pojedynczych faz (jak np. wspomniana powyżej nierównomierna wędrówka chromosomów ku biegunom, jak np. spotykane czasem gwiazdy potomne obok przeważnej części kłębków potomnych lub nawet początkowych okresów pęcherzykowatych jąder) czasem tylko mogłem zauważyć, znacznie zaś rzadziej obrazy, aby niektóre (zawsze nieliczne, czasem nawet tylko pojedyncze) jądra pozostały w spoczynku, gdy przeważna część przeszła w mitozę. Częściej spotyka się to w mitozach komórek olbrzymich nowotworowych (Stroebe, Galeotti i i.), choć i tam przeważnie wszystkie jądra równocześnie odbywają mitozę. Ta równoczesnosć zmian w jądrach nietylko zlanych, ale taksamo i we wszystkich jądrach, choćby zachowały one swą samodzielność, ale leżą we wspólnem ciele komórkowem, jak np. w ryc. L_1, M_2, N_1, wskazuje na oddziaływanie wzajemne jądra i plazmy, a jest ona analogią i wyraźniejszem zaznaczeniem objawu, który spotykamy w komórkach o płatowatych lub rozkawałkowanych jądrach, mających jednakowoż razem wzięte morfologiczną wartość tylko jednego jądra, jak np. w leukocytach, w których również zawsze mitotyczne zmiany występują we wszystkich częściach na kawałki rozszczepionego jądra równocześnie.

Figury mitotyczne, wielobiegunowe, czy to takie, które powstały skutkiem tego, że przy poprzednich mitozach nie nastąpił podział ciała komórkowego, czy też takie, które zawdzięczają swe powstanie wielokrotnemu zapłodnieniu, polispermii, czy też wzmożonemu nadmiernie, albo przedwczesnemu podziałowi centriolów, czy też rozwinięciu się centriolów »de novo«, mogą prowadzić do podziału ciała komórkowego. Komórka macierzysta może albo naraz podzielić się na ilość komórek potomnych, odpowiadającą ilości biegunów, albo też podział może być częściowy, mogą się oddzielić terytorya jednojądrowe obok terytoryów wielojądrowych lub zawierających większe zlewające się lub zlane jądra, synkaryonty. Można przytem stwierdzić, że rozmiary komórek, zawierających kilka jąder lub synkaryonty, są większe, że wielkość przypadającej na jądro masy plazmatycznej jest proporcyonalna, ustosunkowana do wielkości jądra; następne mitozy mogą znów te większe terytorya rozłożyć na mniejsze komórki. Tam, gdzie wielokrotna mitoza rozwijała się w komórce, której podział powstrzymały jakiekolwiek wpływy, ten podział następny ma zatem znaczenie procesu regulacyjnego, wiodącego do przywrócenia stosunku prawidłowego albo przynajmniej zbliżonego do prawidłowego.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ducha w Warszawie.

Przyczynek do anatomii przepuklin przykątniczych. Hernia recessus ileo-coecalis superioris.

Napisał

Leon Kryński.

Z istniejących zachyłków otrzewnej, mogących być miejscem tworzenia się przepuklin wewnętrznych (foramen epiploicum (Winslowii), fossa duodeno-jejunalis, recessus paracoecales, fossae praevesicales, fossa intersigmoidea) okolica kątnicy przedstawia stosunki anatomiczne najbardziej różnorodne. Stąd też wynika i rozmaitość postaci spotykanych tu przepuklin, których sposób powstawania i topografia dopiero w nowszych czasach należycie zostały wyświetlone. W sprawie tej jednakże, na co słusznie narzeka Marcinkowski *) w swej pracy, natworzono tyle nazw rozmaitych dla określenia istniejących tworów anatomicznych, że trudno bywa rozeznać się dokładnie w dość chaotycznem mianownictwie oddzielnych autorów. Jest przeto rzeczą bardzo pożądaną racyonalne uproszczenie tej nomenklatury anatomicznej, która i do pojęć klinicznych pewien wprowadza zamęt.

*) Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny 1909, T. I.

Jak wiemy, miejsce połączenia dwóch części przewodu jelitowego: kiszki grubej, (kątnicy) i jelita biodrowego, (krętnicy), i stosunek do nich pokrywającej błony otrzewnej i jej fałdów, wytwarza tam trzy główne zachyłki otrzewne, mające znaczenie w patogenezie przepuklin wewnętrznych Są to, poczynając od dołu:

1. Zachyłek zakątniczy, leżący poza kątnicą i poniżej niej i utworzony w miejscu przejścia otrzewnej ściennej na powierzchnię przednią tej kiszki przez dwa fałdy, idące podłużnie ku dołowi, które przymocowują kątnicę do ściany tylnej brzucha. Odróżniają tu autorzy (Waldeyer, Treitz, Jonnesco) dwa oddzielne zagłębienia: »fossa coecalis«, więcej ku tyłowi i nazewnątrz kątnicy i »fossa subcoecalis« ku dołowi i pod kątnicą, sięgająca niekiedy wzdłuż tylnej jej ściany popod okrężnicę wstępującą. Ponieważ jednak wielkość ich i samo istnienie bywają bardzo niestałe, słusznie uważa Wilms za najodpowiedniejszy pogląd Broesikego, określającego wszystko to, jako jeden twór nazwą »recessus retrocoecalis«, mieszczący się pomiędzy kątnicą a tylną ścianą jamy brzusznej i ograniczony od wewnątrz wspomnianym powyżej fałdem ścienno-kątniczym, od wewnątrz zaś przyczepem krezki kiszkowej do tylnej ściany brzucha.

2. Zachyłek krętniczo-kątniczy dolny mieści się w zagłębieniu poniżej ujścia krętnicy do okrężnicy, ograniczony od tyłu krezeczką wyrostka robaczkowego, od przodu zaś fałdem otrzewnej, biegnącym od dolnego brzegu końca krętnicy do powierzchni krezeczki u nasady wyrostka. Najodpowiedniejsze miano obu tym tworom nadał Jonnesco, nazywając je »plica et recessus ileoappendicularis«, co w sposób krótki i wyraźny określa ich anatomiczną siedzibę.

3. Zachyłek krętniczo-kątniczy górny zajmuje przeciwległy, górny kąt ujścia krętnicy i utworzony jest przez sierpowaty fałd otrzewnej, zaczynający się od przedniej powierzchni krezki krętniczo-kątniczej i ponad wymienionym kątem ujścia krętniczego przechodzący w przednią powierzchnię otrzewnej kątnicy. Jeżeli zgodnie z Jonnesco zachyłek poprzedni nazwiemy »krętniczo-wyrostkowym«, to dla tego pozostanie nazwa »krętniczo-kątniczego«. Zazwyczaj fałd ów bywa wyrażony dość słabo i przedstawia niewysokie grzebykowate pasemko ponad kątem połączenia obu jelit, ten zaś drugi kąt kształtem swym różni się znacznie od analogicznego kąta dolnego. Jest to następstwem przebiegu dolnego końca krętnicy, który zwykle wpada do okrężnicy nie prostopadle do linii jej ściany wewnętrznej, lecz ukośnie od dołu i od strony lewej ku górze i stronie prawej; dzięki temu oba wymienione kąty, górny powyżej ujścia i dolny poniżej niego, nie są sobie równe, proste, lecz pierwszy z nich jest większy, rozwarty, a więc płytszy, drugi zaś, dolny, jest mniejszy, ostry, a więc głębszy. Ten stosunek anatomiczny stwierdziłem wielokrotnie podczas operacyi i na sekcyach, o nim wszakże nie znajduję wzmianki ani u anatomów, ani u chirurgów, którzy sprawy te badali.

Jednakże szczegół ten ułatwia nam bardzo zrozumienie różnicy w zjawiskach klinicznych występowania przepuklin w każdym z tych zachyłków. Albowiem zachyłek krętniczo-wyrostkowy bywa miejscem uwięźnienia przepuklin, jak to kilkakrotnie opisywano (Snow, Riese, Nasse, Little), podobnie jak i zachyłek zakątniczy (Rieux, Engel, Aschoff, Neumann, Funkenstein), natomiast zachyłek krętniczo-kątniczy, zazwyczaj płytki, nie przedstawia interesu pod względem klinicznym, nie spostrzegano w nim bowiem przypadków uwięźnienia wewnętrznego (Wilms, Dmochowski). Z tego względu godzien uwagi jest przypadek uwięźnienia pętli jelitowej w tym zachyłku krętniczo-kątniczym, a więc pierwszy dotychczas tego rodzaju, spostrzegany i operowany przezemnie w zimie roku ubiegłego 1910. We wspomnianej powyżej pracy Marcinkowskiego znajduje się wzmianka o istnieniu jedynego w literaturze przypadku takiej przepukliny, podanego przez Secorda w roku 1906, opis jednakże tego przypadku jest tak niejasny pod względem anatomicznym, że pozostawia wielkie wątpliwości w umyśle czytelnika.

Przypadek mój przedstawia się następująco:

M. L. lat 42, wyrobnik, przybył do szpitala 10. II. 1910 z objawami niedrożności jelit. Cierpienie datuje się od tygodnia i zaczęło się od bolów w prawej połowie brzucha, występujących szczególnie przy pracy i podczas oddawania stolca. Od 4 dni nie ma stolca wcale, brak również wiatrów, natomiast zwiększyła się bolesność i silne wzdęcie brzucha; wymiotował raz jeden rano w dniu przybycia do szpitala, wymiociny miały być żółciowe, nie cuchnące. Mężczyzna dobrego wzrostu, budowy prawidłowej; twarz blada, oczy podkrążone, język suchawy, C. 37·8°, T. 100, dość miękkie. Brzuch jednostajnie wzdęty, o powłokach napiętych, bolesny na ucisk głównie po stronie prawej, gdzie na 3 palce na prawo i poniżej pępka wyczuwa się wyraźnie zwiększony opór, w kształcie ciała guzowatego, elastycznego, nie chełboczącego.

Rozpoznanie wahało się pomiędzy zapaleniem wyrostka robaczkowego i uwięźnieniem wewnętrznem. Operacyę wykonałem wkrótce po przyjęciu chorego do szpitala.

Uśpienie chloroformowe. Cięcie brzucha wzdłuż brzegu mięśnia prostego prawego. Po odsunięciu mocno rozdętych pętli jelitowych znalazłem guz w miejscu ujścia krętniczo-kątniczego, pokryty licznymi złogami włóknika. Przy bliższem badaniu okazało się, iż guz ten stanowi niewielka pętla jelita krętego, barwy ciemno-czerwonej, wklinowana w kąt górny pomiędzy ścianą krętnicy i okrężnicy w ów zachyłek krętniczo-kątniczy, i pokryta od przodu dość szerokim fałdem otrzewnej, ciągnącym się od wewnątrz ku przedniej powierzchni kątnicy i mocno obciągającym wymienioną pętlę jelitową. Fałd ten przecięto poprzecznie do samej podstawy, oddzielono od jelita, które wówczas udało się wysunąć z miejsca uwięźnięcia w zachyłku, gdzie pozostało nieco cieczy mętnej, ropiastej, mocno cuchnącej. Wydobyta pętla stanowi odcinek krętnicy, oddalony o 50—60 cm. od zastawki Bauhina, mocno obrzękły, zaczerwieniony i pokryty płatami włóknika. Pętla ta zgięta jest pod bardzo ostrym kątem, którego wierzchołek stanowi miejsce uwięźnięcia, obejmującego jednak tylko część najbardziej wypukłą ściany zgiętego jelita; w miejscu tem znajduje się mała powierzchnia zmartwiała i w środku niej maleńki otworek, prowadzący do światła jelita. Mieliśmy tu więc uwięzłą przepuklinę ścienną (hernia Littriana), z częściowem obumarciem i przedziurawieniem ściany.

Należało usunąć zmienioną część jelita, co też zrobiłem, wycinając niewielki klin i zeszywając następnie ze sobą przecięte końce szwem trzypiętrowym. Przecięty fałd otrzewnej, który stanowił ścianę przednią zachyłka i zaciskał znajdującą się tam pętlę jelitową, wyciąłem zupełnie, do jamki zachyłka wprowadziłem pasmo gazy. Przyglądając się bliżej okolicy krętniczo-kątniczej »in situ«, zauważyć było można, iż dolny odcinek jelita, wchodzący do okrężnicy, kieruje się do niej nie od dołu i wewnątrz, lecz od góry i wewnątrz, że przeto z linią ściany okrężnicy tworzy

kąt górny ostry, dolny zaś rozwarty, a więc odwrotnie w stosunku do tego, co widzimy zazwyczaj.

Przebieg pooperacyjny był pomyślny. W ciągu trzech dni pierwszych po operacyi ciepłota dochodziła wieczorem do 38·2°—38·4°, później opadła i w dalszym ciągu utrzymywała się w granicach prawidłowych. Po 8 dniach usunięto gazę z jamy otrzewnej i w końcu czwartego tygodnia po operacyi chory w stanie zupełnie dobrym opuścił szpital.

Mechanizmowi powstawania przepuklin wewnętrznych i ich uwięźnień poświęcili niektórzy autorowie dużo uwagi i miejsca. Sądzę, że bez daleko idących rozumowań mechanizm ten w naszym przypadku wyjaśnić się da na zasadzie opisanych danych topograficznych i pewnych warunków czynnościowych przewodu jelitowego. A więc, istniejący kąt ostry pomiędzy ścianą górną krętnicy a okrężnicą, przykryty od przodu przez dość szeroki fałd otrzewnej, tworzy jamkę dosyć głęboką, do której bez trudności pętla jelitowa dostać się może. Aby zaś pętla taka uledz mogła uwięźnieniu, na to trzeba współdziałania trzech głównych czynników: działania tłoczni brzusznej, napełnienia światła jelita i wzmożenia ruchów robaczkowych, które to czynniki w odpowiedniej ze sobą kombinacyi prowadzić mogą do uwięźnięcia jelita wraz ze wszystkimi ciężkimi objawami klinicznymi, które w opisanym przypadku pomyślny wzięły obrót.

Strona rozpoznawcza takich przepuklin przedstawia się dość niejasno, nie mają bowiem one żadnych cech swoistych, któreby pozwalały na odróżnienie od niedrożności ostrych innego pochodzenia. Zazwyczaj jednak rozpoznanie dokładne jest tu rzeczą mniejszej wagi i dla chorego obojętną, albowiem objawy kliniczne dają nam obraz niedrożności ostrej, wymagający w każdym razie szybkiej interwencyi chirurgicznej. W każdym razie zabieg operacyjny oprócz zadania bezpośredniego powinien mieć na widoku i zabezpieczenie przed możliwością nawrotu cierpienia. Do tego celu różni chirurgowie dążyli rozmaicie, najczęściej przez zaszywanie zachyłka mieszczącego przepuklinę. Sądziłbym, że najprostszy i najlepiej do celu prowadzący jest sposób, zastosowany przezemnie, wycięcia całego fałdu, tworzącego przednią ścianę zachyłka i powodującego zaciśnienie pętli jelitowej.

W końcu powracam do sprawy mianownictwa, o którem mówiłem powyżej. Sądzę, że do określenia każdego z przedstawionych zachyłków przykątniczych powinniśmy ogólnie przyjąć omówione wyżej nazwy: dla zachyłka krętniczo-kątniczego górnego »recessus ileo-coecalis«, dla zachyłka krętniczo-kątniczego dolnego »recessus ileo-appendicularis«, wreszcie dla obu leżących po za, czy pod kątnicą »recessus retrocoecalis«. Usuwają one wszelką dwuznaczność i oddają dobrze przedstawiane pojęcia anatomiczne.

Z pracowni kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (Prof. Reiss).

Przyczynek do badań działania salwarsanu na nacieki kiłowe.

Podał

Franciszek Krzyształowicz.

Odkąd wprowadzono do leczenia, głównie po klinikach i szpitalach, nowy przetwór arszenikowy Haty-Erlicha (salwarsan), zaczęły się pojawiać w szybkiem tempie prace o typie przeważnie jednakowym, stwierdzające mianowicie szybkie działanie tego środka na różne wykwity kiłowe wszystkich okresów, a wskazujące równocześnie na jego nieszkodliwość. Przedewszystkiem zatem tylko spostrzeżenia kliniczne różnych przypadków, leczonych salwarsanem, były przedmiotem wielkiej liczby prac, mniej liczne zaś badania odnosiły się do zachowania się krętków podczas leczenia i do wpływu stosowanego przetworu na odczyn Wassermanna. Dopiero w ostatnich czasach zaczynają się pojawiać prace więcej ściśle dotyczące zmian anatomicznych, powstałych w miejscu stosowania tego przetworu.

Wszystkie te, mniej lub więcej ścisłe spostrzeżenia nie wyjaśniły jednak dotąd sposobu działania środka Ehrlicha-Haty; dotąd nie ma jeszcze metodyki leczenia i dawkowania, dotąd nie wiemy, czy możemy się ograniczyć tylko do użycia samego salwarsanu w leczeniu kiły, czy też powinniśmy obok tego przetworu stosować i dawne leczenie rtęcią i jodem? Każdy ze stosujących ten nowy przetwór, używa dotąd podanych sposobów, wprowadza go zatem podskórnie, miąższowo lub śródżylnie, w rozczynach kwaśnych, obojętnych lub alkalicznych, — ale bez dowodów, który rozczyn lub który sposób użycia jest najlepszy. Pomijając wstrzykiwania podskórne i miąższowe, w których znaczna część odczynu zdaje się zależeć od zmian w miejscu wstrzyknięcia, — możemy śmiało powiedzieć, że nie wiemy, na czem ten odczyn polega, nawet po wstrzykiwaniach śródżylnych. Nie zdajemy sobie dokładnie sprawy z tego, dlaczego w jednych przypadkach wstrzykiwanie śródżylne wywołuje odczyn, chociaż krótkotrwały, ale silny w innych tylko słaby? dlaczego w jednych jest bardzo szybki, w innych opóźniony, wreszcie dlaczego go w niektórych przypadkach wcale nie ma? To też trzeba stwierdzić, że nie rozstrzygnięto jeszcze, czy arsenobenzol działa, jak chce Ehrlich, zabójczo na mikroby (parasitotrop), czy też raczej na tkanki (organotrop), czy też mamy i z jednem i drugiem działaniem do czynienia?

Fritz Lesser podniósł pierwszy wątpliwości w tym kierunku, przytaczając, zdaniem mojem, bardzo słuszne momenty, dowodzące raczej tego, że arsenobenzol działa więcej wzmacniająco na ustrój, niż zabójczo na mikroby. O dotychczasowym środku, używanym dla leczenia kiły, — o rtęci, — nie możemy również twierdzić, że jest środkiem swoistym, a uważać go należy raczej za środek wspomagający leczenie choroby przez sam ustrój; — środek Ehrlicha zdaje się działać w tym kierunku jeszcze silniej. Nie mamy zatem wcale stanowczego dowodu, że arsenobenzol zabija krętki blade, jak to wykazano w zakażeniach

innymi krętkami (typhus recurrens, spirillosis gallinarum i t. p.), bo nie można przeprowadzać analogii między krętkami, żyjącymi we krwi, a krętkami, znajdowanymi głównie w tkankach. Nie mamy również żadnych dowodów na to, że salwarsan działa na samą chorobę i w okresie utajonym, bo widzimy tylko wybitne jego działanie na objawy kiłowe w okresie wybuchu.

Ileż zatem potrzeba jeszcze spostrzeżeń, jak najściślejszych i drobiazgowych, ile badań w różnych kierunkach, ile pola jeszcze do mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeń, — nim dojdziemy do oceny rzeczywistej wartości przetworu Ehrlicha-Haty. Obecnie powiedzieć można śmiało, że działanie jego na zmiany kiłowe jest silniejsze i szybsze od dotąd używanych środków, co ma wielkie znaczenie w zapobieganiu chorobie i znaczenie społeczne, dalej że daje korzystne wyniki leczenia wtedy, gdy dotychczasowe nasze środki były niejednokrotnie bezsilne, mianowicie w przypadkach kiły złośliwej, w przypadkach zmian skłonnych do rozpadu. Z zalet tego przetworu nietylko zdajemy sobie sprawę, ale umiemy je należycie ocenić, — w obec jednak tak licznych niewyjaśnionych jeszcze wątpliwości nie są one pierwszorzędnego znaczenia.

Wreszcie jest jeszcze jedna wątpliwość wielkiego znaczenia, która tylko częściowo jest dotąd rozwiązana, t. j. sprawa nieszkodliwości dla ustroju tego właśnie przetworu arszenikowego. Wstrzykiwania podskórne i miąższowe salwarsanu wywołują niewątpliwie w miejscu wstrzyknięcia bardzo wybitne zmiany w tkankach, w które rozczyn tego przetworu się dostał. Każdy to wie z własnego doświadczenia, a wyniki badań anatomicznych niektórych autorów wybitnie to potwierdziły (Orth, Fischer, Torday, Herxheimer i Reinler, Scholtz i Salzberger, Martius, Tryb). Dlatego to coraz więcej skłaniamy się do stosowania salwarsanu zapomocą wstrzykiwań wprost do żył. Ale prócz tego musimy myśleć także o toksycznem działaniu salwarsanu na ustrój w przyszłości, — musimy mieć pewność, że przetwór ten i po dłuższym czasie nie sprowadzi jakich ciężkich zmian w narządach wewnętrznych lub w pewnych rodzajach tkanek. Spostrzeżenia dotychczasowe są jeszcze za krótkie, aby można wydać w tym kierunku stanowcze orzeczenie, — przyszłość dopiero pokaże, o ile twierdzenia Ehrlicha o zupełnej nieszkodliwości tego przetworu są słuszne, o ile toksyczność salwarsanu jest mniejsza, niż innych dotąd podanych połączeń arszenikowych, o ile jest silniejsze jego działanie zabójcze na krętki (parasitotrop).

Ze względu na nasuwające się na myśl niejasności o działaniu przetworu Ehrlicha-Haty w kile w ogóle, a na zmiany przez nią wywołane w szczególności. przedsiębrałem badania histologiczne nacieków kiłowych pierwszego i drugiego okresu w takiej chwili ich przemiany po zastosowaniu tego środka, w której już był widoczny wpływ działania i w obrazie klinicznym.

Badania moje odnoszą się do siedmiu przypadków kiły leczonej salwarsanem, opisanych w pracy, ogłoszonej wspólnie z Prof. Reissem; w dwóch przypadkach badałem nacieki pierwotne, z których jeden był świeży, bo nie doszło jeszcze do wybuchu wysypki (odczyn Wassermana był już dodatni), w drugim przypadku pojawiła się już świeża wysypka plamista. Z pięciu przypadków wysypek guzkowych, w jednym wycięto kłykcinę sączącą podgojoną, w jednym głęboki guzek świeżej ciężkiej postaci kiły z dążnością do rozpadu, w trzech pozostałych guzki zwyczajne, ale wybitne.

Chociaż swoich badań histologicznych tych przypadków nie uważam w szczegółach za wykończone, podaję w krótkości ogólny obraz anatomiczny wykwitów kiłowych, wyciętych w 2 – 7 dni po wstrzykiwaniach dużych dawek (przeważnie 0,70) salwarsanu w mięśnie pośladkowe. W jednym przypadku tylko wyciąłem guzek w piątym dniu po wstrzykiwaniu śródżylnem (0,60 gr.).

Tak w przypadkach nacieków pierwotnych, jak i guzków okresu drugorzędnego, zaznacza się w obrazie mikroskopowym rozpad komórek, najwidoczniejszy w tym najważniejszym składniku wszystkich nacieków kiłowych, mianowicie w komórkach plazmatycznych. Spostrzega się zatem, że cytoplazma tych komórek barwi się mniej wyraźnie, a więcej jednolicie, zarysy komórek są miejscami nadżarte lub więcej rozlane, a cytoplazma ich bez wyraźnej ziarnistości. Jądra tych komórek zatracają także zwyczajną barwliwość, chromatyny ziarnistej jest mniej i bez znamiennego dla komórek plazmatycznych gwiaździstego ułożenia, a jest ona więcej nieregularnie rozrzucona. Obok tego i zarysy jąder wielu komórek są zmienione, niektóre jądra skurczone z resztkami cytoplazmy, inne obnażone, wolno leżące. Wśród tak zmienionych nacieków widzi się również dużo resztek cytoplazmy w postaci drobnej ziarnistości lub pasemek. W niektórych guzkach nie ma prawie komórek, któreby za komórki plazmatyczne uważać należało, a w miejscu nacieków okołonaczyniowych spostrzega się wielką ilość komórek tkanki łącznej, dużych, obrzękłych, jakie znajdują się w ziarninach. W jednym przypadku guzka, wyciętego w 48 godzin po wstrzykiwaniu, po którem wystąpił bardzo wybitnie odczyn Jarisch-Herxheimera, znalazłem obok zanikających komórek plazmatycznych i komórek tkanki łącznej stosunkowo dużą ilość komórek tucznych (»Mastzellen« Ehrlicha). Wreszcie zaznaczyć należy, że w guzku, wyciętym w pięć dni po wstrzykiwaniu śródżylnem, objawy rozpadu nacieku były znacznie wybitniejsze, niż w guzkach wyciętych w późniejszym czasie (7 dni) po wstrzykiwaniach miąższowych.

Z badań tych nacieków kiłowych, ustępujących pod wpływem działania salwarsanu, nie chcę wysnuwać dalekich wniosków, — w każdym razie jednak te badania histologiczne potwierdzają spostrzeżenia kliniczne, mianowicie, że przetwór Ehrlicha-Haty ma wybitny wpływ na nacieki pod wpływem krętków kiłowych powstałe. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nacieki te ulegają w krótkim czasie po wstrzykiwaniu rozpadowi, a następnie wessaniu. Nie podobna orzec na mocy wspomnianych badań z całą stanowczością, że przetwór ten działa na samą tkankę kiłową więcej, niż na pasorzyty, — można jednak twierdzić, że działa bardzo wybitnie i wybiórczo na znamienne nacieki wszystkich okresów kiły.

Poczuwam się w końcu do miłego obowiązku złożenia Dyrektorowi kliniki JW. Prof. Reissowi serdecznego podziękowania za chętne użyczenie mi materyału do niniejszego badania.

Opukiwanie pograniczne jako metoda oznaczania dolnej granicy wątroby.

Podał

Witold Orłowski.

———

»Die Wahrheit ist dass die allgemein für abgeschlossen und vollendet gehaltene Perkussionslehre längst auf einen falschen Weg gelangt war und in einem prinzipiellen Punkte der Umgestaltung bedarf«. Goldscheider: Ueber die physikalische Frühdiagnose der Lungenschwindsucht Zeitschrift für klinische Medizin 1908, t. 69, str. 205.

Równo 150 lat temu w swojej rozprawce pod tytułem: »Inventum novum ex percussonie thoracis humani ut signe abstrusos interni pectoris morbos detegendi. Vindobonae MDCCLXI. Typis Joanni Thomae Trattner« jako wynik siedmioletnich swoich studyów ogłosił Auenbrugger, jak wiadomo, sposób fizycznego badania ustroju, zwany metodą opukową. Jego odkrycie przyjęli spółcześni mu klinicyści zupełnie ozięble, nawet szyderczo. Tylko u schyłku XVIII wieku początkowo Stoll, następnie zaś znakomity Corvisart, zapoznawszy się z pracami Stolla, ocenili należycie znaczenie tej metody i swoją powagą, zwłaszcza Corvisart, przeszczepili ją w umysły lekarzy do tego stopnia, że zajęła ona w dyagnostyce pierwszorzędne miejsce na równi z osłuchiwaniem i obmacywaniem. Dalszy rozwój tej metody szedł tak szybko, jej podstawy dzięki pracom przeważnie niemieckich klinicystów zostały w stosunkowo krótkim czasie wyświetlone z taką drobiazgowością i zdawały się tak silne, że znakomity Skoda we wstępie do drugiego wydania swojej »Abhandlung über Perkussion und Auskultation« już w roku 1842 uznał za słuszne wygłosić następujące zdanie: »Ich gestehe ferner, dass ich denjenigen bedaure, der alles gelesen hat, was über die Auskultation und Perkussion bereits geschrieben worden ist«. Tymczasem dziś, kiedy metoda ta należy niezaprzeczalnie do podstawowych metod badań ustroju, której nigdy pominąć nie możemy, znów rozpoczęła się praca nad wyświetleniem tych jej podstaw, które, zdawało się, że zostały już rozstrzygnięte zupełnie ściśle. Tę pracę rozpoczął klinicysta niemiecki Goldscheider [1]), wynalazca opukiwania pogranicznego (Schwellenwertperkussion). Nowe myśli, rzucone przez niego, skierowały właśnie moją uwagę na jamę brzuszną i przyczyniły się do podjęcia przezemnie szeregu badań w celu wydoskonalenia naszej zwykłej metody opukowej przy badaniu narządów tej jamy.

Jak wiadomo, zwykła metoda opukowa ma przy badaniu jamy brzusznej znaczenie ograniczone, ustępując pod względem doniosłości metodzie palpacyjnej i umiejętnie przeprowadzonym wywiadom. Niestety, niezawsze badanie brzucha macaniem doprowadza do wyników pożądanych. Przyczyną tego bywa już to wzmożone napięcie powłok brzusznych, zwłaszcza nad ogniskami chorobowemi, już to silne wzdęcie brzucha lub obfitość podściółki tłuszczowej i t. d. Uwzględniając wyniki stosowania opukiwania pogranicznego w oznaczeniu rozmiarów serca, należało przypuszczać, że metoda ta okaże się cenną również i dla oznaczania granic niektórych narządów jamy brzusznej, jakoteż jej nowotworów i nacieków zapalnych. Istotnie, co do pierwszych, mamy w jamie brzusznej kilka narządów, które będąc same bezpowietrzne, graniczą z pętlami jelit, zawierającemi zwykle mniejszą lub większą ilość gazów, lub które (żołądek, przynajmniej w dolnej swej części) mogą być przez wypełnienie spożytym pokarmem lub masą bizmutową odgraniczone od zawierających gazy pętli jelitowych. Co do nowotworów i nacieków zapalnych w jamie brzusznej, to o ile one wchodzą w styczność z pętlami jelit, można było również spodziewać się ich wykrycia drogą opukiwania pogranicznego, coby miało ogromne znaczenie w tych przypadkach, w których te sprawy chorobowe są dla jakiejkolwiek bądź przyczyny niedostępne dla wyczuwania.

Badania swoje nad poruszoną tu sprawą rozpocząłem w drugiej połowie r. 1907; prowadziłem je w miarę możności w kierunku oznaczania granic różnych narządów jamy brzusznej, jako też nowotworów i nacieków zapalnych. Mając co do nacieków zapalnych tylko niewielkie doświadczenie, ograniczę się tutaj jedynie do wzmianki, że dla otrzymania opukiwaniem pogranicznem pewnych danych należy przedewszystkiem dokładnie oczyścić przewód pokarmowy. Nie zatrzymując się więc nad tą sprawą dłużej, mam zamiar przedstawić dziś wyniki swoich badań, dotyczących stosowania metody opukiwania pogranicznego tylko do oznaczania dolnej granicy wątroby, ponieważ zebrany przezemnie w tym kierunku materyał jest najlepiej opracowany.

Badania przeprowadzałem w sposób następujący: U badanej osoby, leżącej na wznak z wyciągniętemi dolnemi kończynami, oznaczałem najpierw dolny brzeg wątroby opukiwaniem pogranicznem. W tym celu, położywszy na przedniej powierzchni ściany brzusznej koniec wskazującego palca lewej ręki, który trzymałem w ułożeniu Plescha, uderzałem z lekka w dośrodkowy koniec jego drugiego członka końcem wskazującego palca ręki prawej, począwszy od linii pępkowej ku górze wzdłuż prawej linii sutkowej i linii środkowej ciała. W ten więc sposób jako pukadło służył mi koniec palca wskazującego lewego, a jako młoteczek wskazujący palec prawej. Podczas badania starałem się unikać silniejszego nacisku palcem na przednią powierzchnię brzucha, ponieważ im mocniej naciskamy pukadło, tem, jak wykazuje codzienne doświadczenie lekarskie przy zwykłem opukiwaniu fale przedostają się głębiej i niewątpliwie rozchodzą się szerzej po jamie powierzchni, którą opukujemy. Uderzenia stosowałem tak słabe, że powstający odgłos zaledwie był słyszalny przy osłuchiwaniu tuż w pobliżu palca opukiwanego. Wobec tak słabego opukiwania zwracałem bacznie uwagę, żeby w otoczeniu panowała zupełna cisza, najmniejszy bowiem szmer zmusza badającego do stosowania większej siły opukowej i przez to przywodzi do wniosków mylnych. Uderzałem zawsze równolegle do linii środkowej ciała i prostopadle do powierzchni brzusznej. Ten warunek uważam za bardzo ważny, jego niezachowanie bowiem wiedzie do otrzymania błędnego rzutu dolnego brzegu wątroby na przednią ściankę brzuszną. Okoliczność ta zależy od tego, że przy nader słabem opukiwaniu fale, idące w kierunku uderzenia, t. zw. fale osiowe, górują nad innemi falami rozchodzącemi się na boki i to tak znacznie, że daje się słyszeć jedynie odgłos, wywołany falami pierw-

szego rodzaju. (Goldscheider [2]). Gdy więc uderzamy skośnie do powierzchni brzusznej, np. tak, że oś palca, który opukujemy, jest skierowana ku prawemu podżebrzu, to fale osiowe, rozchodząc się wgłąb, dochodzą do wątroby i dają stłumienie, jeszcze zanim dojdziemy do istotnego rzutu dolnego brzegu wątroby na przednią ścianę brzucha. Wykrywszy drogą opukiwania pogranicznego dolny brzeg wątroby w prawej linii sutkowej i w linii środkowej brzucha, przechodziłem do oznaczenia dolnej granicy wątroby zwykłą metodą opukową, więc słabem opukiwaniem, poleconem przez Weila, zaznaczając jednocześnie w każdym przypadku cechy odgłosu opukowego na całej przestrzeni od linii pępkowej aż do tej granicy; wreszcie oznaczałem dolny brzeg wątroby zapomocą macania.

Dla wyświetlenia wpływu stanu przewodu pokarmowego na wyniki badania opukiwaniem pogranicznem przeprowadzałem podobne badania w całym szeregu przypadków na tym samym osobniku wielokrotnie. Już bowiem pierwsze badania wykazały mi, że zaparcie stolca, zwłaszcza długotrwające, wywiera pod tym względem tak silny wpływ, iż często udaremnia usiłowania wykrycia dolnej granicy wątroby metodą opukiwania pogranicznego. Wobec tego w dalszym biegu badań przystępowałem zwykle do oznaczenia granicy po uprzedniem opróżnieniu jelit zapomocą lawatywy z 3 szklanek wody o ciepłocie pokojowej lub przez podanie złożonego proszku lukrecyi.

Ogółem zbadałem 500 osób z najróżnorodniejszemi cierpieniami, w tej liczbie 288 mężczyzn i 212 kobiet; wszystkich badań wykonałem 1200. W 52 badaniach na 26 osobach otrzymywałem zawsze na przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego odgłos tępy, który uniemożliwiał oznaczenie u tych osób dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem. Tu należały przeważnie osoby z uporczywem zaparciem stolca. Ponieważ z przyczyn niezależnych odemnie nie mogłem osób tych badać wielokrotnie po stosowaniu silniejszych środków przeczyszczających, przeto w dalszych swych obliczeniach przypadków tych szczegółowo nie rozpatruję, już bowiem z góry nie możemy u nich z powodu tępego odgłosu opukowego oczekiwać wyników stosowania opukiwania pogranicznego. Mamy tedy do rozejrzenia wyniki 1148 badań, dokonanych na 474 osobach. W tej liczbie stwierdziłem na przestrzeni od linii pępkowej do dolnej granicy wątroby wzdłuż prawej linii sutkowej odgłos przytłumionobębenkowy przy zwykłem opukiwaniu 411 razy, bębenkowy 570, wreszcie nader głośny bębenkowy, który rozchodził się na daleką przestrzeń, 167 razy. Dolna granica wątroby, znaczona zwykłem słabem opukiwaniem, okazała się stosunkowo rzadko zgodną z granicą, otrzymaną drogą opukiwania pogranicznego lub macania, zwłaszcza w przypadkach o odgłosie bębenkowym i nader głośnym bębenkowym. To też ograniczę się tylko do porównania granicy macalnej z granicą oznaczoną zapomocą opukiwania pogranicznego.

Naprzód zatrzymam się na danych, otrzymanych przezemnie pod tym względem wzdłuż prawej linii sutkowej. Otóż tu przedewszystkiem zasługuje na znaczenie ta okoliczność, że na wyniki badania opukiwaniem pogranicznem wzdłuż tej linii ogromny wpływ wywiera stan prawej nerki, mianowicie jej siedziba, resp. obniżenie. Glénard [3]), jak wiadomo, odróżnia, oprócz prawidłowo usadowionej nerki, 4 stopnie nerki ruchomej: pierwszy — gdy dolny brzeg nerki jest wyczuwalny, lecz nie może być utrzymany ręką, drugi — gdy można wyczuć i utrzymać ciało nerki, trzeci — gdy wyczuwa się górny biegun nerki i możemy palcami przejść ponad nim, wreszcie czwarty — gdy całą nerkę wyczuwa się w okresie wydechu. Hilbert [4]) nazywa nerką ruchomą pierwszego stopnia stan taki, gdy wyczuwa się dolny brzeg lub dolną połowę nerki (ren palpabilis), drugiego stopnia, gdy wyczuwa się całą nerkę (ren mobilis sensu proprio), wreszcie, trzeciego, gdy nerkę ruchomą drugiego stopnia można swobodnie przesuwać ku dołowi i ku wewnątrz (ren migrans). Mathieu [5]) do pierwszego stopnia ruchomości nerek zalicza przypadek, gdy można wyczuć $1/2$—$2/3$ nerki, do drugiego stopnia, gdy się wyczuwa całą nerkę, do trzeciego wreszcie stopnia, gdy nerka przesuwa się bardzo łatwo we wszystkich kierunkach. Botkin [6]) odróżniał pod względem siedziby nerki prawidłowo ułożone i ruchome wysoko i nizko ułożone; do pierwszej kategoryi ruchomych nerek, zdarzającej się częściej, należą takie nerki, których dolny brzeg wyczuwa się tuż pod łukiem żebrowym, nerki zaś ruchome drugiej kategoryi wychodzą z pod podżebrza i są przesuwalne ku dołowi mniej lub więcej znacznie, nawet aż do miednicy małej. Nie przytaczając zdań innych klinicystów, zaznaczę, że odróżniam trzy stopnie ruchomych nerek. Nerką ruchomą pierwszego stopnia nazywam taką, której wyczuwa się jedynie dolny brzeg, do nerek ruchomych drugiego stopnia zaliczam te, w których nerkę wyczuwa się do połowy jej długiej osi, wreszcie nerką ruchomą trzeciego stopnia nazywam taką, którą wyczuwa się całą. Z 474 przypadków, zbadanych przezemnie, była prawa nerka ruchoma w 110, w tej liczbie było 27 przypadków nerki ruchomej pierwszego stopnia, 69 drugiego i 14 trzeciego. Na chorych z nerką ruchomą pierwszego stopnia przeprowadziłem 61 badań: w 17 z nich zwykłe opukiwanie wykazało poniżej prawego podżebrza odgłos przytłumionobębenkowy, w 32 bębenkowy i w 12 głośny bębenkowy. Na chorych z nerką ruchomą drugiego stopnia dokonałem 156 badań: w 42 z nich odgłos przy zwykłem opukiwaniu w wyżej wymienionej okolicy był przytłumionobębenkowy, w 92 bębenkowy i w 22 głośny bębenkowy. Wreszcie na 14 chorych z nerką ruchomą trzeciego stopnia przeprowadziłem 37 badań: w 21 z nich zwykłe słabe opukiwanie wykazało poniżej prawego podżebrza odgłos przytłumionobębenkowy, w 12 bębenkowy i w 4 głośny bębenkowy. We wszystkich przypadkach nerki ruchomej I i II stopnia otrzymywałem opukiwaniem pogranicznem zawsze stłumienie odgłosu opukowego wzdłuż prawej linii sutkowej, lecz stłumienie to po odprowadzeniu nerki albo znikało zupełnie, jeśli wątroba nie była powiększona, albo przesuwało się ku prawemu podżebrzu do miejsca, odpowiadającego rzutowi dolnego brzegu wątroby na przednią powierzchnię brzucha. W 24 przypadkach nerki ruchomej 2. i 3. stopnia istotna dolna granica wątroby i dolny brzeg prawej nerki dawały jednakowy rzut na przednią powierzchnię brzucha, co jednozgodnie stwierdzało badanie macaniem i opukiwaniem pogranicznem. Co się tyczy prawej nerki ruchomej pierwszego stopnia, to wywarła ona wpływ na oznaczenie opukiwaniem pogranicznem dolnej granicy wątroby 14 razy na 61 badań, więc w 23%, w tej liczbie 8 razy przy odgłosie bębenkowym i 6 razy

przy odgłosie głośnym bębenkowym. W przypadkach z odgłosem przytłumionobębenkowym w okolicy poniżej prawego podżebrza nie wywarła prawa nerka ruchoma pierwszego stopnia wpływu na oznaczenie dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem ani razu; co prawda, w 7 z 17 należących tu badań oznaczenie dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem okazało się niemożliwem, ponieważ wykazywało ono na całej przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego wzdłuż prawej linii sutkowej stłumienie równomierne, co, jak przekonamy się niżej, zdarza się nieraz w przypadkach, w których zwykłe opukiwanie wykrywa w tej okolicy odgłos przytłumionobębenkowy.

Wobec tak wybitnego wpływu prawej nerki ruchomej na prawidłowość oznaczenia dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem wzdłuż linii sutkowej, będę w dalszych swoich wnioskach opierać się na badaniach, przeprowadzonych u osób, u których nie było prawej nerki ruchomej 2. lub 3. stopnia; pomijam również 14 badań na chorych z nerką ruchową pierwszego stopnia, w których ujawnił się wpływ nerki na dane opukiwania pogranicznego. Pozostaje więc po odliczeniu jeszcze 49 badań z rozdymaniem jelit przez odbyt, o których powiem nieco niżej, 892 badań, z których w 306 słabe opukiwanie zwykłą metodą wykazywało na przestrzeni między linią pępkową a prawym łukiem żebrowym odgłos przytłumionobębenkowy, w 451 bębenkowy i w 135 głośny bębenkowy. Wyniki tych badań dla łatwiejszego przeglądu przytaczam w tablicy I.

Tablica I.

	Odgłos przytłumiony bębenkowy (306 badań)		Odgłos bębenkowy (451 badań)		Odgłos głośny bębenkowy (131 badań)	
	Liczba badań	%	Liczba badań	%	Liczba badań	%
Macalna i pogranicznoopukowa granica dolnego brzegu wątroby jednostajna w	236	77	404	89,6	105	78
taż granica niejednostajna w	14	4,6	42	9,3	30	22
opukiwanie pograniczne wykazało w całej przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego stłumienie równomierne w	56	18	5	1,1	0	0

Dane tej tablicy należy uzupełnić wynikami 49 oznaczeń dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem po uprzedniem wydęciu jelit przez odbyt w przypadkach, w których pierwsze oznaczenie tąż metodą wykazało stłumienie równomierne na całej przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego. Takich badań w przypadkach z odgłosem przytłumionobębenkowym w tej okolicy, otrzymanym przy zwykłem opukiwaniu, przeprowadziłem 42, a w przypadkach z odgłosem bębenkowym 7. Z tych 7 w 4, a z 42 we wszystkich bez wyjątku otrzymałem opukiwaniem pogranicznem po wydęciu jelit grubych granicę dolną wątroby jednakową z granicą macalną. Wobec tego podana w powyższej tablicy odsetka prawidłowych oznaczeń dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem wzrasta dla przypadków z odgłosem przytłumionobębenkowym na przestrzeni od linii pępkowej do dolnej granicy wątroby z 77 do 80, a dla przypadków z odgłosem bębenkowym z 89,6 do 89,7. Jeśli uwzględnimy te liczby, a jednocześnie zważymy, że i w przypadkach z nader głośnym odgłosem bębenkowym, który rozchodził się ku górze od łuku żebrowego na znaczną przestrzeń, prawidłowość oznaczenia opukiwaniem pogranicznem dolnej granicy wątroby wzdłuż prawej linii sutkowej dosięga także, jak widzimy z tablicy, wysokiej liczby, bo 78%, to dojdziemy do wniosku, że metoda opukiwania pogranicznego podnosi w wysokim stopniu wartość zwykłej metody opukowej w zakresie badania wątroby.

Dla wytworzenia ściślejszego sądu o wartości metody opukiwania pogranicznego pod tym względem dodać muszę, że podane przed chwilą liczby badań, w których opukiwanie pograniczne wykryło dolny brzeg wątroby zgodnie z rzeczywistym jego rzutem na przednią powierzchnię brzucha, są, według wszelkiego prawdopodobieństwa, nieco niższe od istotnych. Rzecz w tem, że w przypadkach ze znacznem otłuszczeniem powłok brzusznych nieraz pomimo starań nie mogłem wyczuć dolnego brzegu wątroby, wtenczas gdy opukiwanie pograniczne wykazywało powiększenie tego narządu, również w przypadkach silnej bolesności przy macaniu pod prawym łukiem żebrowym czasami nie udawało mi się wyczuć wątroby, lecz jednocześnie oznaczałem jej powiększenie opukiwaniem pogranicznem. Wszystkie te przypadki zaliczyłem dla ostrożności do grupy takich spostrzeżeń, gdzie oznaczenie dolnego brzegu wątroby macaniem i opukiwaniem pogranicznem dało wyniki różne, a przecież przynajmniej w części tych spostrzeżeń można przypuszczać, że wątroba była istotnie powiększona, być może nawet w tym stopniu, jak to wykazywało opukiwanie pograniczne. Na korzyść takiego przypuszczenia przemawia ta okoliczność, że w 147 badaniach znajdowałem przy pierwszem macaniu odpowiednio do granicy oznaczonej opukiwaniem pogranicznem, jedynie zwiększoną oporność, brzeg zaś wątroby udało mi się wyczuć wyraźnie dopiero podczas wtórych badań u tychże osób i okazał się on wtenczas właśnie tam, gdzie wykrywało go i opukiwanie pograniczne.

Nieścisłość oznaczenia dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem przypada w moich badaniach przeważnie na przypadki nawykowego zaparcia stolca, znacznego otłuszczenia powłok brzusznych i nader silnego ich napięcia. Niezgodnie z danemi macania wykazywało opukiwanie pograniczne dolny brzeg wątroby i w tych razach, gdy ten brzeg był bardzo ostry i miękki, a równocześnie sąsiadujące z wątrobą pętle jelitowe zawierały dużo gazów i dawały bardzo głośny odgłos bębenkowy, który rozchodził się na daleką przestrzeń. Na wyniki badania dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem wzdłuż prawej linii sutkowej wywierała wpływ również, jak wyżej już wykazałem, prawa nerka ruchoma, zwłaszcza 2. i 3. stopnia,

i prawe wodonercze, którego jeden przypadek w biegu swojej pracy poddałem badaniu. Z tych wszystkich czynników, które były powodem niezgodnych wyników niektórych badań, zasługuje na specyalne omówienie jeszcze otłuszczenie powłok brzusznych.

Osób z ogólnem i miejscowem otłuszczeniem w okolicy jamy brzusznej spostrzegałem 136, badań na nich dokonałem 329. W 13 przypadkach, pomimo 20 badań, otrzymałem w okolicy poniżej prawego łuku żebrowego wskutek nadmiernego otłuszczenia powłok brzusznych zupełnie tępy odgłos opukowy, co uniemożliwiło mi oznaczenie opukiwaniem pogranicznem dolnej granicy wątroby Odliczając te 20 badań, jak również jeszcze 3, w których wyraźnie wystąpił wpływ prawej nerki ruchomej, miałem 306 badań, których wyniki przedstawiono w tabl. II.

Tablica II.

	Odgłos przytłumiono-bębenkowy (146 badań)		Odgłos bębenkowy (118 badań)		Odgłos nader głośny bębenkowy (42 badań)		Ogólna liczba	
	Liczba badań	%	Liczba badań	%	Liczba badań	%	Liczba badań	%
Macalna i pograniczno-opukowa granica dolnego brzegu wątroby jednostajna w . .	101	68,7	102	86	36	86	239	78
Opukiwanie pograniczne dało stłumienie równomierne poniżej prawego łuku żebrowego w	38	25,8	4	3,4	2	4,8	44	14
Opukiwanie pograniczne wykazało zwiększenie wątroby, macaniem zaś brzeg wątroby niewyczuwalny w . . .	7	4,76	12	10,2	4	9,5	23	7,5

Z tej tablicy wynika, że przy otłuszczeniu powłok brzusznych opukiwanie pograniczne wykazywało często tęsamą granicę dolną wątroby, co i macanie, mianowicie, biorąc liczby ogólne bez względu na stan odgłosu opukowego w okolicy niżej prawego łuku żebrowego, w 78%. W 14% opukiwanie pograniczne nie zdołało wykazać dolnego brzegu wątroby, ponieważ badanie tą metodą dawało w tej okolicy stłumienie równomierne. Z tablicy łatwo się przekonać, że taki stan rzeczy zdarza się zwłaszcza w tych razach, w których zwykłe opukiwanie wykazuje na wymienionej przestrzeni odgłos przytłumionobębenkowy. W tych właśnie przypadkach odpowiednia odsetka wynosiła 25,8%, w przypadkach zaś z odgłosem bębenkowym i głośnym bębenkowym była ona bardzo mała, bo zaledwie 3,4 i 4,8%. W 23 wreszcie badaniach ze 306 opukiwanie pograniczne wykazało, jak widać z tablicy, powiększenie wątroby, wtenczas gdy macaniem dolnego jej brzegu wyczuć nie mogłem. O ile w tych przypadkach wątroba istotnie nie wychodziła na prawej linii sutkowej z pod łuku żebrowego, tego przesądzać nie mogę, dla ostrożności jednak wszystkie te przypadki zaliczyłem do grupy osobnej. Zaznaczę jeszcze, że w 7 badaniach przy odgłosie przytłumionobębenkowym, w 6 przy bębenkowym i w 6 przy głośnym bębenkowym dolny brzeg wątroby wyczuwałem nie bardzo jasno, lecz odpowiednio do dolnej granicy, oznaczonej opukiwaniem pogranicznem.

Z dalszych wyników moich badań wzdłuż prawej linii sutkowej zasługuje na zaznaczenie ta okoliczność, że w przypadkach, w których zwykłe opukiwanie wykrywa na przestrzeni między linią pępkową a dolną granicą wątroby odgłos przytłumionobębenkowy, opukiwanie pograniczne dość często, bo w 18% (tab. I.), nie jest zdolne wykazać dolnego brzegu wątroby, przy takiem bowiem opukiwaniu otrzymujemy na całej tej przestrzeni stłumienie równomierne. Ta więc okoliczność dotyczy nietylko osobników z otłuszczonemi powłokami brzusznemi, jak wyżej widzieliśmy, lecz wogóle tych, u których dla jakiejbądź przyczyny powstaje przy zwykłem opukiwaniu poniżej prawego łuku żebrowego odgłos przytłumiono-bębenkowy. W tych jednak razach przez mierne rozdymanie jelita grubego powietrzem, przez odbyt dokonane, udało mi się we wszystkich bez wyjątku przypadkach stworzyć takie warunki, śród których opukiwanie pograniczne wykazało dolną granicę wątroby zupełnie tę samą, co i macanie. Stąd możemy wyciągnąć wniosek, że rozdymanie okrężnicy podnosi znacznie możność oznaczenia dolnego brzegu wątroby opukiwaniem pogranicznem w tych przypadkach, w których toż opukiwanie dawało przedtem stłumienie równomierne. Zabieg ten nie jest jednak bezwzględnie pewnym, jakby zdawało się z badań przed chwilą przytoczonych, a dokonanych na osobach, u których przy stosowaniu zwykłej metody opukowej na przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego był odgłos przytłumiono-bębenkowy. Istotnie w 3 badaniach z 7 na osobach z odgłosem bębenkowym w tej okolicy zabieg ten, jak nadmieniłem już wyżej, zawiódł pokładane w nim nadzieje.

Przejdźmy teraz do rozpatrywania, jaki wpływ wywiera na wyniki opukiwania pogranicznego stan zbitości wątroby. Wyniki te przedstawiam w tablicy III.

Tablica III.

Wątroba	Macalna pograniczno-opukowa granica dolna wątroby.	Odgłos przytłumiono-bębenkowy (wątroba wymacalna w 250 badaniach)		Odgłos bębenkowy (wątroba wymacalna w 446 badaniach)		Odgłos głośny bębenkowy (wątroba wyczuwalna w 135 badaniach)	
		Liczba badań	% prawidłowego oznaczenia opuk. pogranicznem	Liczba badań	% prawidłowego oznaczenia opuk. pogranicznem	Liczba badań	% prawidłowego oznaczenia opuk. pogranicznem
zbita	jednakowa . . .	137	96	240	93	51	79,6
	niejednakowa . .	5		18		13	
miękka	jednakowa . . .	99	91,7	164	87	54	76
	niejednakowa . .	9		24		17	

Z tej tablicy wynika, że wątroba zbita daje możność częstszego prawidłowego oznaczenia dolnej jej granicy opukiwaniem pogranicznem, niż wątroba miękka, bez względu na to, jakie cechy ma odgłos opukowy przy zwykłem opukiwaniu na przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego. Jeśli nie będziemy uwzględniać, jak to przedstawiłem w tablicy, różnych cech tego odgłosu, a uwzględnimy jedynie liczbę badań, to odsetek prawidłowego oznaczenia opukiwaniem pogranicznem dolnego brzegu dla zbitej wątroby wynosi 92%, dla miękkiej zaś 86%.

Jeśli teraz zestawimy wszystkie przypadki, w których wpływ prawej nerki ruchomej był wyłączony, i to bez względu na cechy odgłosu opukowego wzdłuż prawej linii sutkowej na przestrzeni od linii pępkowej do prawego łuku żebrowego, to okaże się, że na 892 badań opukiwanie pograniczne wykazało dolny brzeg wątroby zgodnie z wynikami macania 745 razy, więc w 83,5%. Widzimy więc, że w opukiwaniu pogranicznem zyskujemy dość ścisłą metodę oznaczania dolnej granicy wątroby, o wiele donioślejszą, niż zwykłe opukiwanie słabe. Przyczyny tego są następujące. Jak wiadomo, gdy uderzamy o pukadło, uderzenia wprowadzają w drgania tkanki podłoża. Drgania te rozchodzą się po powierzchni i wgłąb. Od tego właśnie współbrzmienia tkanek sąsiednich zależy właśnie nieścisłość oznaczenia granic zbitych narządów, znajdujących się w jamie brzusznej, nawet pomimo stosowania opukiwania słabego, albowiem i słabe uderzenia wprowadzają we współbrzmienie gazy przewodu żołądkowo-jelitowego i wywołują powstanie odgłosu bębenkowego, który rozchodzi się daleko po za obrębem żołądka i pętli jelitowych, występując nawet tam, gdzie się znajdują już narządy bezpowietrzne. Tego współbrzmienia gazów unikamy oczywiście przy stosowaniu opukiwania pogranicznego, kiedy opukujemy nadzwyczaj słabo. Rozchodzeniu się drgań po powierzchni zapobiegamy również przez używanie pukadła tak małych rozmiarów, jak koniec palca wskazującego. Wobec takiego postępowania otrzymujemy przy opukiwaniu pogranicznem rozchodzenie się fal wgłąb prawie w kształcie linii. Na wyniki więc opukiwania wpływają tu, jak zaznaczyłem już wyżej, jedynie fale osiowe, gdy natomiast fale, rozchodzące się na boki, nie wywołują odgłosu słyszalnego. W rezultacie, gdy tylko przy opukiwaniu pogranicznem wzdłuż prawej linii sutkowej w kierunku ku prawemu podżebrzu fale osiowe dochodzą do dolnego brzegu wątroby, otrzymujemy zupełne stłumienie odgłosu opukowego, wskazujące, że fala przy przedostawaniu się wgłąb napotkała narząd bezpowietrzny. Przez wykonywanie opukiwania palcem, trzymanym równolegle do środkowej linii ciała i prostopadle do przedniej powierzchni brzucha, osiągamy wreszcie to, że rzut dolnego brzegu tego narządu bezpowietrznego na przednią powierzchnię brzucha odpowiada w zupełności macalnej jego granicy dolnej. Ta zgodność między granicą macalną a opukowo-pograniczną znika w tych razach, gdy, jak to widzieliśmy, niżej wątroby znajduje się inny twór bezpowietrzny, np. nerka lub masy kałowe w sąsiedniej części okrężnicy. Przez odprowadzenie takiej nerki ruchomej i opróżnienie okrężnicy stwarzamy nowe warunki, które umożliwiają prawdziwe oznaczenie granicy opukiwaniem pogranicznem. Oczywistą jest również rzeczą, że oznaczenie dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem jest możliwe tylko wtenczas, gdy sąsiadująca z nią pętla okrężnicy zawiera gazy i daje odgłos bębenkowy. W przeciwnym razie opukiwanie pograniczne nie może, rzecz prosta, wykazać dolnej granicy wątroby aż do dostatecznego rozdęcia tej pętli powietrzem przez odbytnicę. Ta właśnie okoliczność tłómaczy nam, dlaczego granica, oznaczona opukiwaniem pogranicznem, była w naszych badaniach stosunkowo najrzadziej zgodną z granicą macalną w tych przypadkach, w których zwykłe opukiwanie wykazywało pod prawym łukiem żebrowym odgłos przytłumionob-ębenkowy (w 68,7% w porównaniu do 86% przy odgłosie bębenkowym i nader głośnym bębenkowym), i dlatego w tych właśnie przypadkach częściej, niż w innych, bo w 25,8%, otrzymywałem przy opukiwaniu pogranicznem stłumienie równomierne. W tych przypadkach bębenkowy odcień odgłosu zależał oczywiście przeważnie od współbrzmienia przy opukiwaniu metodą zwykłą gazów w dalej od wątroby położonych pętlach jelit, nie zaś w sąsiadującej z wątrobą pętli.

Przechodzę teraz do omówienia wyników badań, dokonanych dla oznaczenia dolnej granicy wątroby opukiwaniem pogranicznem wzdłuż linii środkowej brzucha. Przy tych badaniach nie miałem niestety tak dobrego sprawdzianu, jakim dla badań wzdłuż prawej linii sutkowej było obmacywanie, z wyjątkiem bowiem kilku przypadków dolnego brzegu wątroby w linii środkowej wyczuć nie mogłem. Lecz zdaje się, że i tu możemy mówić o ścisłości metody opukiwania pogranicznego: do takiego stopnia wyraźnie zarysowuje się ta granica opukowa. Niezbędny dla otrzymania tej granicy warunek stanowi tu przedewszystkiem sąsiedztwo wątroby z żołądkiem, a potem dostateczna ilość powietrza w żołądku. Co do pierwszego wymagania, to wśród badanych przezemnie było 22 przypadki znacznego opadnięcia żołądka. We wszystkich tych przypadkach opukiwanie pograniczne nie dało wzdłuż linii środkowej żadnych wyników. Z drugiej znowu strony dostateczna ilość powietrza w żołądku stanowi również pierwszorzędnej wagi warunek, którego brak uniemożliwia ścisłe oznaczenie dolnej granicy wątroby wzdłuż linii środkowej brzucha. Ta zależność jest zupełnie zrozumiałą, jeśli uprzytomnimy sobie to, co podałem wyżej o znaczeniu zawartości gazów w okrężnicy, sąsiadującej z wątrobą, dla prawidłowego oznaczenia dolnego brzegu wątroby wzdłuż prawej linii sutkowej. Zwykle dno żołądka zawiera, jak wiadomo, pęcherz powietrzny. Rozmiary tego pęcherza, jakkolwiek niejednakowe nawet u tegoż osobnika, wystarczają do umożliwienia oznaczenia dolnej granicy wątroby wzdłuż linii środkowej brzucha metodą opukiwania pogranicznego. Należy tylko badanego tak ułożyć na wznak, żeby część tego powietrza weszła w styczność z dolną częścią wątroby odpowiednio do linii środkowej. Ten cel da się osiągnąć w jednych przypadkach przy zupełnie poziomem położeniu badanego na wznak, w drugich przy ułożeniu na wznak z mniej więcej podniesionym tułowiem, w innych wreszcie, mianowicie, gdy pęcherzyk jest nader mały, przy ułożeniu badanego zlekka na lewym boku, przez co pęcherz powietrzny, zajmujący zawsze najwyższe miejsce w żołądku, przesuwa się z okolicy dna żołądka bliżej małej jego krzywizny, więc zbliża się do dolnego brzegu wątroby.

Tak więc metoda opukiwania pogranicznego, zastoso-

wana przez Goldscheidera do badania serca i płuc, a przez v. Korany'ego [7]) już w trakcie moich badań do oznaczania granic żołądka, okazuje się bardzo cenną i dla badania wątroby. Podnosi ona znacznie wartość badania wątroby opukiwaniem, bo w swych wynikach graniczy pod względem ścisłości z obmacywaniem. Oprócz tego badania moje nad tą metodą przemawiają także za niesłusznością naszego poglądu, że opukiwaniem możemy wykazać tylko ogniska bezpowietrzne, usadowione nie głębiej, niż o 6—7 cm od powierzchni ciała (Weil [8]), niedawne doświadczenia v. Oestreicha z de la Campem [9]), i to pod warunkiem, że ogniska te nie są zbyt małe. Przeciwnie widzieliśmy, że przy opukiwaniu pogranicznem, więc nadzwyczaj słabem, obniżona prawa nerka pomimo, że przestrzeń między nią a powierzchnią brzucha w wielu badaniach niewątpliwie znacznie przewyższała 5—6 cm., wywiera bardzo wyraźny wpływ na wyniki badania, wywołując stłumienie odgłosu. Oczywiście więc przy opukiwaniu nader słabem fale rozchodzą się wgłąb o wiele dalej, jak tegoż dowodzą co do płuc doświadczenia Röhla, Goldscheidera i Moritza z Röhlem, a co do brzucha również doświadczenia Goldscheidera.

Piśmiennictwo. 1) Goldscheider. Ueber Herzpercussion. Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, N. 9—10. — 2). Goldscheider. Untersuchungen über Perkussion. Deutsches Archiv. für klinische Medizin. 1908, t. 94. — 3) Glénard. Néphroptose et enteroptose. Bull. et mémoir. de la Société méd. des hôpit. de Paris 1893, t. 10. — 4) Hilbert. Ueber palpable und bewegliche Nieren. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1892, t. 50. — 5) Mathieu. Etude clinique sur le rein mobile chez la femme Bull. et mem. de la Société méd. des hôpitaux de Paris 1893, t. 10. — 6) Botkin. O podwiżności poczek. Kliniczeskija lekcyi. Petersburg. 1898, t. II. — 7) v. Koranyi. Die Schwellenwertspercussion des Magens. Zeischrift für klinische Medizin 1909, t. 67. — 8) Weil. Handbuch und Atlas der topographischen Perkussion. Leipzig 1880. — 9) Oestreich und de la Camp. Anatomie und physikalische Untersuchungsmethoden. Berlin. 1905. — 10) Röhl. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin 1907. — 11) Moritz und Röhl. Deutsches Archiv f. klin. Medizin 1909, t. 95.

Rozwój metod badania i leczenia chirurgicznego krtani, tchawicy i oskrzeli; współudział w nim szkoły krakowskiej i „Przeglądu lekarskiego" w ciągu pięćdziesięciu lat.

Podał

Przemysław Pieniążek.

Pomiędzy postępami, jakie w naukach lekarskich w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat mamy do zaznaczenia, niepoślednie miejsce zajmuje rozwój metod badania dróg oddechowych zapomocą wzroku i dokonywania w nich pod jego kontrolą zabiegów miejscowych, a zwłaszcza operacyjnych. W r. 1908 obchodzono na międzynarodowym Zjeździe laryngologów w Wiedniu pięćdziesięciolecie istnienia laryngoskopii, jako metody klinicznego badania krtani, składając przytem należną cześć pamięci jej twórców, Türcka i Czermaka. Pomysł oglądania krtani i tchawicy w lusterku, trzymanem w gardle, umożliwił rozpoznawanie zmian chorobowych w tych narządach, a zarazem otwarł drogę do wykonywania w nich mechanicznych zabiegów pod kontrolą wzroku. Droga ta jednak dopiero w trzy lata później wyzyskana została dla zabiegów operacyjnych, gdy W. Bruns dokonał na niej r. 1861 pierwszej operacyi polipa krtani. Tak więc pięćdziesiąta rocznica pierwszej laryngoskopijnej operacyi schodzi się z obchodem pięćdziesięciolecia »Przeglądu lekarskiego«. Przy tej sposobności pragnę tu przedstawić, jak w ciągu tego czasu uwydatniał się w »Przeglądzie lekarskim« postęp w nauce rozpoznawania i leczenia chorób krtani, tchawicy i oskrzeli i o ile rozwój nowych metod na tem polu u nas miał miejsce.

Postęp ten dokonywał się stopniowo i zrazu powoli; nawet pierwsza udana próba laryngoskopijnej operacyi polipa krtani nie odrazu i nie wszędzie znalazła zwolenników i naśladowców. Nieraz zadawalniano się stwierdzeniem polipa, by go dopiero w razie powstania bardziej przykrych, lub nawet groźnych przypadków usunąć przy pomocy rozcięcia płyt chrząstki tarczowej (laryngofisury). Spotykamy też w czasopismach lekarskich z owego czasu spory pomiędzy zwolennikami laryngofisury, a zwolennikami operowania polipów przy laryngoskopie; dopiero z biegiem czasu ustaliło się przekonanie, że jedynie tam, gdzie operacya laryngoskopijna nie da się wykonać, laryngofisura może być potrzebną. Z owego czasu spotykamy też i w »Przeglądzie lek.« pracę Gilewskiego, profesora kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie: »Rzecz o operacyi polipów krtani przecięciem na pionowej linii spojenia obu chrząstek tarczykowatych« (r. 1865. Nr 28, 29, 30). Potem spotykamy jednak dopiero w r. 1879 w »Przeglądzie lek.« pracę o laryngofisurze Szeparowicza ze Lwowa, który tę operacyę w czterech przypadkach zwężeń krtani z dobrym wynikiem wykonał. Wspomnieć też muszę, że i w następnych latach ogłosił Szeparowicz w »Przeglądzie lek.« dwie prace o leczeniu zwężeń krtani (Kazuistyka chirurgiczna krtani: r. 1880. Nr 14—20 i r. 1881 Nra 14 15, 16). Dotąd zwężenia krtani natury niezapalnej leczono zwykle zapomocą systematycznej dylatacyi metodą Schröttera, laryngofisurę zaś wykonywano w nich tak rzadko, że Schüller w »Deutsche Chirurgie« w r. 1880 zdołał zebrać tylko 21 przypadków, w których ją z powodu zwężenia lub zupełnego zarośnięcia krtani wykonano. Szeparowicz wykonał ją sam cztery razy, a wkrótce poszedł też za jego przykładem u nas Obaliński, który jeszcze w r. 1879 wykonał laryngofisurę z dobrym skutkiem u mojej chorej z przerostem błony śluzowej pod brzegami strun głosowych, u której nie udało mi się przez dylatacyę uniknąć tracheotomii. Następną laryngofisurę w Krakowie wykonał dopiero r. 1883 Mikulicz u chorego, u którego po przerżnięciu krtani w celu samobójczym zupełne zarośnięcie jej bliznowate nastąpiło. Trzecią laryngofisurę wykonałem ja sam r. 1884 z powodu obfitych, a ciągle powracających brodawczaków. Operowałem przy zwieszonej w tył głowie, co chorego od aspiracyi krwi w zupełności uchroniło, a znalazłem w tem takie ułatwienie, że się odtąd daleko śmielej na laryngofisurę decydowałem. To też r. 1890 ogłosiłem w »Przeglądzie lekarskim« 21 przypadków laryngofisury, którą trzy razy Obaliński, dwa razy Mikulicz, dwa razy Rydygier po naradzie ze mną wykonali, a którą ja sam 14 razy wykonałem. W r. 1893 pisałem w »Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 36.« znów o laryngofisurze, którą sam już 51 razy wykonałem.

Ilość laryngofisur zwiększyła się u nas jeszcze znacznie, gdy r. 1894 otwarto w szpitalu św. Łazarza oddział, resp. klinikę laryngologiczną; dziś liczymy po kilkadziesiąt laryngofisur każdego roku, a oprócz mnie wykonywali lub wykonują ją także moi kliniczni asystenci: dawniej Prof. Baurowicz, potem Prof. Nowotny, a dziś także Dr Pachoński. Ta częstość laryngofisury jest właściwością krakowskiej kliniki laryngologicznej; zawdzięczamy ją głównie materyałowi, jaki się u nas znajduje, t. j. częstości zwężeń krtani, pomiędzy któremi twardziel pierwsze miejsce zajmuje. Do tak częstego wykonywania laryngofisury przyczynia się jednak wiele ułatwienie, jakiego doznajemy przez zastosowanie do niej pozycyi Rosego (zwieszenia w tył głowy), które o wiele wyżej, niż operowanie przy kaniulach tamponowych (Trendelenburga lub Hahna), postawić muszę. Do pomyślnego przebiegu po laryngofisurze przyczynia się także wiele tamponowanie krtani po dokonaniu operacyi, którego stale używamy. Toteż na setki przypadków laryngofisury, dokonanej dotąd na klinice laryngologicznej, nie mamy wcale żadnej pooperacyjnej śmiertelności do zaznaczenia.

Oprócz twardzieli dość często wykonujemy także laryngofisurę z powodu zwężeń pozostałych po zapaleniu ochrzęstnej. Podnoszą to jako właściwość szkoły krakowskiej, gdzieindziej bowiem ograniczają się zwykle w zwężeniach, po zapaleniu ochrzęstnej pozostałych, do systematycznej dylatacyi, którą my rzadziej i więcej jako uzupełnienie laryngofisury stosujemy. O zapaleniu ochrzęstnej krtani i leczeniu zwężeń po niem pozostałych pisałem jeszcze w r. 1894 w »Przeglądzie chirurgicznym«.

Do laryngofisury dają nam też sposobność przypadki zwężeń krtani, jakie po przebytej błonicy czasem się wytwarzają. Dawniej mieliśmy głównie z zwężeniami pobłoniczemi pozostałemi po tracheotomii do czynienia, dziś zaś mamy w leczeniu zwykle przypadki, w których się zwężenie po odleżynie skutkiem intubacyi wytworzyło. Są to wogóle zwężenia o wiele trudniejsze do usunięcia, a nieraz spotykamy tu nawet zupełne zarośnięcie krtani, czasem wraz z częścią tchawicy, ponad rurką tracheotomijną. Przypadki tego rodzaju obejmują dziś dość znaczną część naszych chorych, a postępowanie nasze w nich polega częścią na zabiegach operacyjnych, zwłaszcza na laryngofisurze, częścią na systematycznej dylatacyi, którą według różnych metod stosujemy, a często z zabiegami operacyjnymi kombinujemy. Wspomnieć tu muszę i o stosowanej u nas intubacyi dylatacyjnej, polegającej na użyciu rurek szerszych, odpowiadających prawidłowej szerokości głośni, jakie nieraz po laryngofisurze lub też i bez niej u dzieci w celu dylatacyi zakładamy.

W klinice laryngologicznej ważną rolę odgrywają nowotwory krtani, a i nasza klinika przedstawia też pod tym względem obfity materyał. Nowotwory jednak łagodne, dające się usunąć na drodze laryngoskopijnej, operujemy ambulatoryjnie, a wyjątkowo tylko zachodzi potrzeba u dzieci wykonać z ich powodu tracheotomię i usunąć je następnie przy laryngofisurze. Częściej natomiast zdarza się nam operować przy pomocy laryngofisury nowotwory złośliwe, a zwłaszcza raki krtani. Niestety rzadko chorzy godzą się na laryngofisurę, gdy rak jeszcze nie jest bardzo rozszerzony tak, że na skutek operacyi prawie na pewne liczyć można; najczęściej godzą się na nią wtedy dopiero, kiedy z powodu ciężkiego oddechu przedewszystkiem tracheotomia staje się konieczną, a wtedy doszczętne usunięcie raka z powodu jego rozszerzenia się mniej już jest pewne. W takich przypadkach wycinamy nieraz przy laryngofisurze po stronie przez raka zajętej wszystkie części miękkie wraz z ochrzęstną chrząstki tarczowatej i tylnej płyty chrząstki obrączkowatej, usuwając z niemi i chrząstkę nalewkowatą tak, że właściwie dokonujemy częściowej laryngektomii. Z wyników laryngofisury w 20 przypadkach raka krtani zdałem sprawę na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1907, a potem opisałem je w »Arch. internat. de laryng.« w r. 1909 w języku francuskim. Przypadków raka, leczonych z pomocą laryngofisury, od tego czasu jeszcze nam przybyło; wielu chorych przychodzi jednak i dziś jeszcze w takim stanie, że już całkowita laryngektomia staje się konieczną, a czasem i na nią już jest za późno i musimy się zadowolnić tracheotomią, by chorego przynajmniej od zaduszenia uchronić. Oprócz raka wykonywaliśmy też laryngofisurę z powodu mięsaka, u dzieci czasem z powodu obfitych brodawczaków krtani, kilka razy z powodu nacieków gruźliczych, zwężeń po kile pozostałych, wreszcie z powodu ciał obcych w krtani (u dzieci), i t. p.

Z prac kazuistycznych, jakie się w »Przeglądzie lek.« w pierwszych 25 latach ukazały, odnoszą się do krtani następujące: Gilewskiego: przypadek kiły krtani (r. 1866), Domańskiego: o leczeniu gruźlicy krtani (r. 1871), Merunowicza: trzy przypadki zapalenia ochrzęstnej krtani (rok 1874), Wiszniewskiego: przypadek zapalenia ochrzęstnej krtani po ospie (r. 1874), Mahla: o rozpoznawaniu wrzodów gruźliczych krtani (r. 1882), tegoż: przypadek porażenia struny głosowej przy wolu (r. 1882) i Smolarskiego: »Cieśń krtani skutkiem kiły« (r. 1886), z kliniki pedyatrycznej. Nie będę wymieniać prac, tyczących się błonicy i jej leczenia, nie stojących w związku z badaniem laryngoskopijnem, ani z zabiegami chirurgicznymi, wymienić zaś muszę własną pracę: »Dwa przypadki tracheotomii w dyfteryi« (Przegl. lek, r. 1879, Nr 48, 49), w której opisuję obraz laryngoskopijny w krupie. Ilość badanych podówczas laryngoskopijnie przypadków krupu była jeszcze wcale niewielka; ja sam badałem ich kilka zaledwie i te starałem się w tym opisie wyzyskać. Później, t. j. w r. 1888, podałem w »Arch. f. Kinderheilk.« tom X. dokładny opis obrazów laryngoskopijnych w krupie spotykanych, oparty na większej ilości badanych przypadków. Z prac odnoszących się do przypadków, w których wykonano tracheotomię, mam jeszcze do wymienienia: Noskiewicza (r. 1864), Hofmokla (r. 1872), Rydygiera (r. 1873), Szeparowicza (rok 1875 i później r. 1879), Serkowskiego (r. 1877), Paulego (r. 1878): prace te jednak nie stoją w związku z badaniem laryngoskopijnem. Natomiast zasługuje na wzmiankę przypadek opisany przez Obtułowicza (Przegl. lek. r. 1878. Nr 50, 51, 52), w którym dolna część tchawicy i oba oskrzela były przez okrężną bliznę w jednym ciągu tak zwężone, że w miesiąc po tracheotomii zaduszenie nastąpiło; przypadek taki zasługiwał na opisanie, zwłaszcza przed 33 laty. Ważny jest też przypadek Rydygiera (z Chełmna, r. 1885, Nr 16), w którym po ranie postrzałowej tchawicy pomimo tracheotomii śmierć skutkiem rozszerze-

nia się rozedmy podskórnej i śródpiersiowej nastąpiła. Jako przypadek ważny, a rzadki, podnieść też muszę przedstawiony przez Krajewskiego na I. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie okaz nowotworu tchawicy, zatykającego jej światło tak, że nastąpiło zaduszenie; obok niego znaleziono przerzuty w płucach, wątrobie, śledzionie i gruczole tarczowym (Przegl. lek. r. 1869, Nr 39, 40, 41). Później stwierdzono w pracowni anatomo-patologicznej Prof. Biesiadeckiego, że był to pierwotny mięsak drobnokomórkowy tchawicy (Rozprawy i sprawozdania z posiedzeń Wydz. matem. przyrodn. Akad. Umiej. w Krakowie T. I., r. 1874). Tu wspomnę też i o własnym przypadku (Przegl. lek. 1884, Nr 1, 2), w którym wykonałem tracheomię z powodu guza na tylnej ścianie krtani i tchawicy, zatykającego światło w wysokim stopniu, a następnie usunąłem guz przez powtarzane co jakiś czas wypalanie galwanokauterem, którego dokonywałem przez przetokę tchawiczą, a w końcu, na resztach guza, pod kontrolą trzymanego w przetoce stalowego lusterka Czermaka. Guz ten który wówczas za nowotwór łagodny uważałem, był najprawdopodobniej wolem śródtchawiczym; dziś wyciąłbym go przy pomocy laryngofisury, jak to w podobnym przypadku, opisanym przez Baurowicza z mego oddziału, zrobiłem (Arch. f. Laryng. Bd. 8), wtedy jednak laryngofisura wydawała mi się cięższą operacyą, niż dzisiaj, przez krtań zaś bałem się guza wypalać wobec wielkiej drażliwości chorej.

W laryngologii, a zwłaszcza pod względem zabiegów wykonywanych w krtani przy laryngoskopie, zaznaczył się bardzo wybitnie rok 1884, w którym zaczęto używać kokainy do znieczulenia krtani. Usunięcie drażliwości na dotknięcie ułatwiało w wysokim stopniu zabiegi operacyjne w krtani, a tem samem przyczyniło się znacznie do rozszerzenia granic ich wskazań. Zapendzlowanie krtani rozczynem 20%—25% nie znosiło jednak drażliwości przy głębszych wycięciach, jakie się czasem w krtani mogły okazać potrzebne. W czasie, gdym właśnie zaczął używać kokainy do operacyi laryngoskopijnych, t. j. pod koniec roku 1884, miałem w leczeniu chorego na zwężenie krtani miernego stopnia, sprawione przez zgrubienia i wpuklenia tkanki w głośni i jej sąsiedztwie, pozostałe obok bliznowatych wciągnięć po wygojonych wrzodach kiły trzeciorzędnej. U tego chorego zastosowałem do krtani wstrzykiwania rozczynu 5% kokainy i mogłem przy nich z łatwością i bez bólu powycinać w kilku posiedzeniach wszystkie wzniesienia i wpuklenia tak, że szpara głośni do prawidłowej szerokości powróciła, a chory nietylko zupełnie lekki oddech, ale nawet niezły głos odzyskał. Wkrótce potem operowałem jeszcze kilku chorych laryngoskopijnie po znieczuleniu krtani przez miąższowe wstrzyknięcie tego rozczynu, a w jednym przypadku dokonałem przy niem tracheotomii zupełnie bez bólu. O tych wstrzykiwaniach kokainy w celu znieczulenia miałem wykład w Tow. lek. krakowskiem (Przegl. lek. r. 1885). Wstrzykiwania kokainy okazały mi się i potem nieraz przydatne do głębszych wycinań tkanki w krtani, większe jednak jeszcze oddają mi one usługi przy tracheotomii i laryngofisurze, które dziś w mojej klinice, z wyjątkiem u dzieci, prawie zawsze bez usypiania, a jedynie przy znieczuleniu miejscowem przez wstrzyknięcie kokainy się wykonuje. Dziś jednak nie używamy już rozczynu kokainy 5%, lecz tylko 2%, gdyż ten do znieczulenia, t. j. do anestezyi i operacyjnej analgezyi jest zupełnie wystarczający.

Na myśl używania wstrzykiwań kokainy do operacyi śródkrtaniowych wpadł nie o wiele później odemnie także i Heryng w Warszawie. Zaczął on mianowicie wstrzykiwać rozczyn kokainy 10% z małym dodatkiem kwasu karbolowego do operacyi nacieków gruźliczych krtani, co mu gruntowne ich usunięcie tylko ułatwić mogło. Nowy kierunek operacyjnego leczenia gruźlicy krtani, jaki Heryng wytworzył w Warszawie, nie odrazu znalazł swój wyraz w »Przeglądzie lekarskim«; w dwa lata dopiero po ukazaniu się pracy Herynga: »O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności« pisałem o niej referat (Przegl. lek. rok 1889, Nr 14. 15, 16). Przez to miałem sposobność twierdzenia Herynga oceniać już na podstawie własnego doświadczenia, a tem samem omówić je krytycznie i nie poddając się przesadnemu entuzyazmowi, uwydatnić wielką wartość chirurgicznych zabiegów w odpowiednich przypadkach gruźlicy krtani.

Rok 1884 był jeszcze i z tego względu ważnym w mojej lekarskiej działalności, że w nim wpadłem na pomysł badania tchawicy i oskrzeli po tracheotomii przez przetokę tchawiczą wprost zapomocą wzroku. Zawdzięczam to przypadkowi, w którym u dwuletniego dziecka po tracheotomii zwężenie pod rurką tracheotomijną się wytworzyło. Przez wprowadzony do tchawicy przez przetokę lejek uszny zobaczyłem ziarniniak na jej tylnej ścianie i usunąłem go pod kontrolą wzroku. Wkrótce miałem sposobność w przypadkach krupu, przesuwającego się po tracheotomii na tchawicę i oskrzela, wyciągać z nich przez przetokę błony krupowe pod kontrolą wzroku szczypczykami, które (podobnie jak i łyżeczki oskrzelowe, które później w tym celu porobić kazałem) nawet do dolnych gałęzi oskrzelowych wprowadzałem. Użyłem do tego już trochę dłuższych rurek, a potem kazałem je w różnej długości i szerokości porobić. O tej tracheoskopii przez przetokę tchawiczą i o usuwaniu przy jej pomocy błon krupowych, zatykających tchawicę i oskrzela, mówiłem w Tow. lek. krakowskiem (Przegl. lek. r. 1886, Nr 29); później opisałem to postępowanie w »Arch. f. Kinderheilk.« (r. 1888, T. X.), a samą tracheoskopię w »Wien. med Blätter« (rok 1889). Dziś wobec surowicy przeciwbłoniczej usuwanie błon krupowych z tchawicy i oskrzeli wyjątkowo tylko bywa jeszcze potrzebne; tracheoskopia przez przetokę tchawiczą otwarła jednak drogę do leczenia zwężeń tchawicy i oskrzeli, oraz do wydobywania z nich ciał obcych pod kontrolą wzroku. Pierwsze dwa przypadki wydobytych na tej drodze ciał obcych opisałem w »Przeglądzie lek.« w r. 1887 i 1888; o zwężeniach zaś tchawicy i oskrzeli i ich leczeniu przy tej tracheoskopii pisałem w »Przeglądzie lek.« r. 1895, a obszerniej w »Arch. f. Laryng.« Tom IV. r. 1896.

Od otwarcia w szpitalu św. Łazarza r. 1894 oddziału laryngologicznego miałem z powodu licznych przypadków zwężeń dróg oddechowych dosyć sposobności dokonywać zabiegów operacyjnych w tchawicy, a nawet w oskrzelach w tracheoskopii po tracheotomii. Wyniki moich doświadczeń co do zwężeń dróg oddechowych wogóle przedstawiłem też w dziele systematycznem: »Die Verengerungen der Luftwege« r. 1901. (Wien — Leipzig. Verl. Fr. Deuticke).

W zabiegach operacyjnych na moim oddziale brał udział Prof. Baurowicz, który od r. 1894 do r. 1900 był moim klinicznym asystentem. Działalność nasza jest uwidoczniona w szeregu publikacyi Baurowicza tak w polskim, jak i w niemieckim języku, z których podnieść muszę coroczne sprawozdania z oddziału laryng. w »Przeglądzie lekarskim«, jako dające dokładny obraz naszej działalności. W końcu opracował Baurowicz twardziel (scleroma) na podstawie 100 przypadków u mnie obserwowanych, uwzględniając przytem częstość jej w poszczególnych powiatach Galicyi (Arch. f. Laryng. Bd. X. r. 1900). Prócz tego wykazał on przez systematycznie przeprowadzone szczepienie z świeżo wyciętych kawałków tkaniny, że nieraz z tkanki, w której mikroskop nie daje typowego obrazu twardzieli, zaszczepić można na agar prątki twardzielowe Frischa. Na podstawie tych szczepień odnieść musimy do twardzieli wiele przypadków, w których dawniej samoistny przerost błony śluzowej rozpoznawano.

Pod sam koniec zeszłego stulecia mamy w badaniu i leczeniu chorób dróg oddechowych nową, a ważną metodę do zaznaczenia. Jeszcze w r. 1895 przedstawił Kirstein metodę zaglądania do krtani bez pomocy lusterka (autoskopia). Metoda ta została dalej rozwinięta przez Killiana, a to głównie dzięki lampce czołowej Kirsteina, od której odbite reflektorem promienie, idąc równolegle, pozwalają na wpuszczenie dostatecznej ilości światła nawet przez wązką, a długą rurę. Z jej pomocą wydobył Killian w r. 1897 pod kontrolą wzroku przez rurę, wprowadzoną na naturalnej drodze do tchawicy, kość wpadłą do prawego oskrzela. Stworzył on w ten sposób tracheoskopię dla tych, co nie przebyli tracheotomii i nazwał ją tracheoskopią górną w odróżnieniu od mojej, dawniejszej, dokonywanej przez przetokę, której dał nazwę tracheoskopii dolnej. Jeszcze w r. 1898 rozszerzył on tracheoskopię przez wprowadzanie rurek do oskrzeli na bronchoskopię, zrazu dolną, później i górną; wreszcie wprowadzał bronchoskopy i do dolnych gałęzi oskrzelowych po obu stronach, a po stronie prawej także i do gałęzi średniej. Nowe te metody oddawały usługi głównie przy wydobywaniu ciał obcych wpadłych do oskrzeli, a używanie ich zaczęło się stopniowo coraz bardziej rozpowszechniać.

Tracheobronchoskopia górna znalazła też i u nas zastosowanie, ale używamy jej, tak ja, jak i Prof. Nowotny, który objął u mnie asystenturę z początkiem r. 1900, nietylko do wydobywania ciał obcych, lecz także, i to znacznie częściej, do operacyjnego usuwania zwężeń tchawicy, a nawet oskrzeli, do czego przedewszystkiem twardziel daje nam sposobność. O ciałach obcych dróg oddechowych mówiłem w Tow. lek. (Przegl. lek. r. 1903), a później opisał Nowotny z mojej kliniki przypadki ciał obcych w tchawicy, w oskrzelach i w przełyku (Przegl. lek. 1905); przedtem zaś ogłosiłem w »Przeglądzie lek.« (r. 1904) przypadki ciał obcych w nosie, gardle i przełyku. Dziś razem z Nowotnym mamy do 30 przypadków, w których wydobywaliśmy ciała obce z pomocą tracheo- resp. bronchoskopii dolnej lub górnej, nie licząc ciał obcych w krtani, gardle, nosie i przełyku.

Zwężenia tchawicy i oskrzeli usuwaliśmy dawniej jedynie przy tracheoskopii dolnej; dziś usuwamy je nieraz przy górnej tam, gdzie dawniej zaczęlibyśmy od tracheotomii, by sobie drogę do dalszych zabiegów otworzyć. Przy dolnej tracheoskopii wykonujemy dziś zabiegi u chorych, którzy po dawniejszej tracheotomii z rurką tracheotomijną do nas przychodzą; umyślnie zaś wykonujemy tracheotomię wtedy tylko, jeżeli z powodu rozległości zwężających tworów nie możemy liczyć na usunięcie ich przy tracheoskopii górnej, lub też zabiegi przy niej z powodu wysokiego stopnia zwężenia niebezpieczne nam się wydają. Wykonujemy też tracheotomię, jeżeli twory zwężające po usunięciu ich przy tracheoskopii górnej szybko powracają; usunąwszy je bowiem przy dolnej, zastosować możemy zapobiegawczą dylatacyę. Oczywiście wykonujemy tracheotomię i tam, gdzie obok tchawicy stan krtani tego wymaga. Zabiegów przeciw zwężeniom dokonujemy najczęściej przy samej tracheoskopii, czasem jednak i bronchoskopia, tak dolna, jak i górna, bywa nam do nich przydatna. W ten sposób pracujemy wraz z Prof. Nowotnym od początku roku 1900, a w ostatnich paru latach także wraz z Drem Pachońskim, obecnie II. asystentem kliniki, i mamy już cały szereg chorych leczonych operacyjnie przy górnej lub dolnej tracheobronchoskopii z powodu zwężeń tchawicy lub oskrzeli, po największej części na tle twardzieli powstałych. Postępowanie nasze w tych przypadkach opisał Nowotny w »Przeglądzie lek.« jeszcze w r. 1905, uwzględniając tak moje, jak i swoje własne przypadki; zarazem przedstawił on systematycznie opracowane zwężenia tchawicy i oskrzeli, oraz ich badanie i leczenie w »Arch. f. Laryng.« Tom 17. Wspomnieć tu także muszę o współudziale Nowotnego w dziele: »Die Therapie an den österreichischen Universitätskliniken« (Wien — Leipzig, 1905. Verl. Alfr. Hölder), w którem opisał leczenie na naszej klinice stosowane. Podał on też sprawozdanie z naszego oddziału z trzech lat (Monatschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinologie r. 1902); tamże ogłosił kilka prac kazuistycznych, podobnie jak i w »Arch. f, Laryng.«, a jedną w »Przeglądzie lek.« (rok 1903): »W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej«. Ja sam pisałem w »Przeglądzie lek.« o dychawicy oskrzelowej (r. 1904) i o zwężeniu tchawicy przez ropnie zaprzełykowe (r. 1906); oprócz tego opisałem stosowane u nas metody badania i leczenia pod kontrolą wzroku chorób tchawicy i oskrzeli w »Arch. internat de laryng.« r. 1907.

W zużytkowaniu tracheobronchoskopii posunął się w ostatnich czterech latach dalej jeszcze Nowotny. Wpuszczał on mianowicie przy górnej, a w jednym przypadku przy dolnej bronchoskopii do drugo- i trzeciorzędnych gałęzi oskrzelowych rozczyn kokainy z adrenaliną w przypadkach przewlekłej dychawicy (asthma bronchiale chronicum). O trzech pierwszych przypadkach, w których wynik tego zabiegu był doraźny i nader korzystny, opowiedział Nowotny na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1907, a następnie opisał je w »Monatschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhin.« (r. 1907, Nr 12); gdy mu zaś jeszcze tych przypadków przybyło, opisał je w »Przeglądzie lek.« r. 1909. Ilość leczonych przez Nowotnego w ten sposób przypadków dychawicy zwiększa się ciągle powoli, a przytem metoda jego zyskuje sobie i za granicą zwolenników, którzy w ten sposób u chorych na przewlekłą dychawicę korzystne wyniki osiągnęli, jak Galebsky, Ephraim, Horn, Tretrop. Ephraim rozszerzył nawet lecze-

nie bronchoskopijne z przypadków dychawicy przewlekłej także na przypadki uporczywych przewlekłych nieżytów, a nawet na przypadki rozszerzenia oskrzeli (bronchiectasia). (Arch. f. Laryng. 1911).

Jak już wspomniałem, opisał Baurowicz w r. 1900 z mojej kliniki 100 przypadków twardzieli: do pracy tej dołączył on mapkę Galicyi, na której ilość przypadków tej choroby w poszczególnych powiatach oznaczył. W roku 1900 nawołuje Baurowicz (Przegl. lek. Nr 46) do zapobiegania szerzeniu się u nas twardzieli, którą trafnie trądem galicyjskim nazywa. Od r. 1900 ilość przypadków tego cierpienia, na naszej klinice leczonych, znacznie się jeszcze zwiększyła tak, że dziś już blizko 300 dochodzi. Wobec tego, że twardziel nie jest wyleczalna, że usunięte operacyjnie zwężenia twardzielowe po pewnym czasie powracają, albo też wytwarzają się na innych miejscach, a zwłaszcza coraz niżej w drogach oddechowych, chorzy twardzielą dotknięci szukają w ciągu lat niejednokrotnie pomocy w naszej klinice, tak że liczba podjętych u nich zabiegów operacyjnych jest znacznie większa, niżby się to z liczby tych chorych wydawać mogło. W r. 1910 zebrał Dr Pachoński 273 przypadków twardzieli, które od otwarcia oddziału laryngologicznego, t. j. od r. 1894 po koniec r. 1909 u nas były leczone i ogłosił je w »Przeglądzie lek.« (Nr 23—30). Wkrótce przesłaliśmy też i tłomaczenie tej pracy do »Arch. internat. de laryng.«, w którym się w r. 1910 i 1911 ukazała. Tak obfitego materyału pod względem twardzieli nie mógłby dziś żaden szpital przedstawić, a przytem chorzy ci przedstawiają o wiele większy jeszcze materyał operacyjny; u wielu z nich bowiem różnymi czasy niejednokrotnie rozmaite zabiegi operacyjne wykonywano. Oprócz tego praca Pachońskiego ważna jest i z tego względu, że wykazuje rozszerzenie się twardzieli w różnych okolicach naszego kraju dokładniej, niż to mógł wykazać Baurowicz przed 10 laty; spotykamy tu też i mapkę Galicyi, podaną przez Baurowicza r. 1900, w której ilość przypadków twardzieli, w poszczególnych powiatach przez niego oznaczona, uzupełniona jest przypadkami później u nas leczonymi.

Jak z powyższego zestawienia widać, szkoła krakowska brała od początku żywy udział w rozwoju metod badania i miejscowego leczenia chorób dróg oddechowych, jaki się w ciągu pół wieku dokonywał, zużytkowując nowsze zdobycze na tem polu i starając się ze swej strony do postępu w tej dziedzinie medycyny przyczynić. Kierunek chirurgiczny, jaki się u nas wyrobił, zawdzięczamy głównie częstości zwężeń dróg oddechowych, z jakiemi mamy do czynienia. Częstości przypadków krupu zawdzięczałem niegdyś pomysł dolnej tracheoskopii i dokonywania przy niej zabiegów w tchawicy i oskrzelach; częstości zwężeń krtani mamy dziś częstość tracheotomii i laryngofisury do zawdzięczenia, a częstość twardzieli daje nam oprócz tego wiele sposobności do zabiegów operacyjnych w tchawicy i w oskrzelach przy górnej lub dolnej tracheobronchoskopii. Klinikę naszą możnaby dziś nazwać kliniką zwężeń dróg oddechowych, obok których niewiele tylko innych i to ważniejszych operacyjnych przypadków na niej się znajduje. Działalność nasza znajduje też swój wyraz w »Przeglądzie lekarskim«, w którym w ciągu pięćdziesięciu lat jego istnienia spotykamy nietylko prace kazuistyczne i sprawozdania kliniczne, ale także i prace, przedstawiające zużytkowanie nowszych pomysłów i kierunków, albo też i przedstawienie pomysłów u nas powstałych i u nas po raz pierwszy praktycznie przeprowadzonych, i to zazwyczaj przedtem, zanim w fachowych czasopismach niemieckich ogłoszone zostały.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell.

Cięcie cesarskie pochwowe jako metoda przerwania ciąży

(między 10-tym a 24-tym tygodniem)

podał

Aleksander Rosner.

Wszystkie sposoby przerwania ciąży podzielić można na trzy zasadniczo różne grupy. Jedne mają na celu wywołanie skurczów porodowych; są to sposoby prowokacyjne; drugie drażnią również macicę do skurczów, ale równocześnie rozszerzają jej szyję, a więc ułatwiają wyjście jaja; kombinują one prowokacyę z rozszerzeniem. Do trzeciej grupy należą te sposoby, które polegają na stworzeniu dostępu do jaja i doraźnem usunięciu go z macicy.

Do sposobów ściśle prowokacyjnych należą, jak wiadomo: założenie elastycznych świeczek między jaje a ścianę macicy, przebicie pęcherza, odklejenie dolnego bieguna jaja, wstrzykiwanie gliceryny lub innych płynów między jaje a macicę, długotrwałe przestrzykiwanie pochwy, drażnienie brodawek sutkowych, elektryzowanie macicy itd.

Między sposobami łączącymi prowokacyę skurczów z rozszerzeniem szyi zajmuje pierwsze miejsce metreuryza, czyli wprowadzanie do macicy balonu mniej lub więcej elastycznego, obciążonego lub wolno leżącego. Tu zaliczyć też musimy tamponowanie jamy i szyi macicy gazą, oraz do pewnego stopnia rozszerzenie szyi blaszecznicą (laminaria), która zdaniem Leopolda nietylko rozszerza szyję, ale przyczynia się do odklejenia jaja. Leopold twierdzi, że niejednokrotnie znajdował odklejone jajko na pręciku blaszecznicy, wyjętym z macicy.

Sposoby, należące do trzeciej grupy, nazwaćby można doraźnymi. Każdy z nich składa się z dwóch aktów, t. j. z rozszerzenia szyi i wyjęcia jaja. Zaliczyćby tu należało wyskrobanie młodego jaja po rozszerzeniu szyi rozszerzadłami Hegara, wyjęcie jaja młodego instrumentalne lub ręczne po rozszerzeniu szyi narzędziem w rodzaju Bossiego, wreszcie cięcie cesarskie pochwowe.

Sposobów przerwania ciąży jest więc bardzo dużo i bardzo rozmaitych. Niemniej każdy doświadczony położnik przyzna, że ilekroć przystępuje do tego zabiegu, ma niemały kłopot z wyborem metody operacyjnej. Jeśli wybiera jedną z licznych metod prowokacyjnych, lub należących do drugiej grupy, nie wie nigdy, czy w danym przypadku nie dozna zawodu, czy nie będzie zmuszony przejść do metody innej, czy skończy operacyę za kilkanaście godzin, czy kilkanaście dni. Cechą wszystkich tych sposobów jest niepewność działania, nieobliczalność wyniku.

Jakich zasad należy się trzymać w wyborze metody operacyjnej?

Rozstrzyga o tem, zdaniem mojem, jakość wskazania i okres ciąży.

Jeśli wskazanie jest istotnie doraźne, sposób operacyjny powinien być równie doraźny. Gdzie jest wybitne »periculum in mora«, gdzie godziny rozstrzygają o życiu ciężarnej, tam nikt chyba nie użyje metody, która da pożądany wynik za kilka dni, albo, co gorsza, zawiedzie zupełnie.

Przypuśćmy, że mamy chorą z niewyrównaną wadą sercową w późniejszych miesiącach ciąży i to wśród objawów groźnych, jak duszność, sinica, grożący obrzęk płuc. Tu użyć się musi sposobu doraźnego, ażeby w kilkunastu minutach opróżnić macicę. Sposobów tych jest tak niedużo, że łatwo jeden z nich wybrać — albo cięcie cesarskie pochwowe, albo rozszerzenie sposobem Bossiego, albo wreszcie któreś z cięć cesarskich brzusznych.

Wybór jest trudniejszy, jeśli choroba, dla której przerywamy ciążę, pozwala na zwłokę. Mamy np. przypadek z gruźliczym naciekiem płuc, jednem z najczęstszych wskazań do przerwania ciąży. Zwykle nic nie nagli i możemy bez wszelkiej szkody dla chorej odłożyć operacyę o kilka dni, albo, co na jedno wyjdzie, wybrać sposób wiodący powoli do celu.

Na podstawie własnego doświadczenia klinicznego doszedłem jednak do przekonania, że w wyborze metody rozstrzyga tu w pierwszym rzędzie okres ciąży.

Metody prowokacyjne, a więc mające na celu wywołanie skurczów porodowych, zawodzą znacznie częściej we wczesnych miesiącach ciąży, niż w pobliżu prawidłowego jej kresu. A zresztą, choćby tak nie było, i z innego względu nie nadają się do wywołania poronienia w ścisłem tego słowa znaczeniu, tj. w pierwszych czterech miesiącach. Przyczyn jest kilka. Przedewszystkiem najbardziej w użyciu będące, bo najpewniejsze, sposoby prowokacyjne dadzą się tylko z trudem zastosować w początku ciąży.

I tak metreuryza nie nadaje się do tego celu zgoła, gdyż macica jest, zwłaszcza w pierwszych $2^1/_2$ miesiącach, za mała, żeby pomieścić mogła nawet mały metreurynter. Przyznaje to jeden z największych zwolenników tego sposobu, Hannes, który kazał sporządzić bardzo małe, bo tylko 2 ctm w średnicy mające balony, a który przecież i te przyrządy uznać musiał za nieodpowiednie i niebezpieczne.

Przebicie jaja płodowego jest w tych bardzo wczesnych miesiącach i trudne i niebezpieczne. Jaje schowane w jednym z rogów macicy nie zawsze można znaleść zgłębnikiem lub innem narzędziem. Instrument oprzeć się może o dno, a przecież nie przebić jaja, co w późniejszych miesiącach jest zgoła niemożliwe.

Nie mówię już o gumowych świeczkach, które, jeśli wogóle mają działać, muszą leżeć między jajem a ścianą macicy, a które w pierwszych miesiącach ciąży mogą tam chyba zbłądzić przypadkowo.

Przytaczam tylko te sposoby; inne są jeszcze mniej pewne.

Ale i druga jest przyczyna, dla której wywołanie poronienia nie powinno być stawiane na równi z wywołaniem przedwczesnego porodu, a tą jest przebieg tego wywołanego poronienia. Jest on w najlepszym razie podobny do przebiegu poronienia powstałego samorodnie, tak jak przebieg porodu wywołanego tym lub innym sposobem przypomina przebieg porodu naturalnego. A przecież wiadomo, że przebieg każdego poronienia jest nieobliczalny, kapryśny; trwać ono może bardzo długo i niezmiernie często wymaga czynnej pomocy lekarskiej. Krwotoki, rozkład lub zatrzymanie kawałka jaja należą do bardzo częstych powikłań; są one co najmniej tak samo częste w przebiegu sztucznie wywołanego poronienia. Wynika z tego, że jeśli dla wywołania poronienia użyjemy jakiejkolwiek metody prowokacyjnej, musimy być na to przygotowani, że może się zjawić powikłanie, które nas zmusi raz jeszcze do operacyi.

Wszystkie te względy nie przemawiają chyba za użyciem sposobów prowokacyjnych w początkach ciąży i zmuszają do przyjęcia zasady, *że dla przerwania ciąży w pierwszych jej miesiącach należy użyć metod doraźnych, choćby cierpienie, które stało się powodem zabiegu, nie mieściło w sobie samo przez się wskazania do postępowania doraźnego.*

Od zasady tej nie odstępuję też w praktyce nigdy od szeregu lat i nie mam powodu tego żałować. Nie używam przytem naturalnie ani metody Bossiego, nieodpowiedniej zresztą wcale w tak wczesnej ciąży, ani cięcia cesarskiego pochwowego, tylko zwykłego doraźnego wypróżnienia macicy zwykłą łyżeczką, używaną do skrobania błony śluzowej macicy, naturalnie po znacznem rozszerzeniu szyi macicznej. Sposób ten uważam za doskonały, ale tylko w pierwszych dwóch, co najwyżej $2^1/_2$ miesiącach ciąży. W drugiej połowie trzeciego miesiąca zabieg ten może już być trudniejszym i krwawym.

Jak wyżej wspomniałem, sposoby prowokacyjne, połączone z rozszerzeniem szyi lub bez niego, nie są na miejscu w ogóle w pierwszej połowie ciąży. Potwierdzić mogę w zupełności zdanie Polana, że pobudliwość macicy wzrasta z biegiem ciąży, a więc jest w pierwszej połowie mniejsza, niż w drugiej. Stąd pochodzi, że wywołując poronienie względnie poród niewczesny w drugiej połowie 3-go miesiąca, a dalej w miesiącach 4-tym, 5-tym, a poniekąd i 6-tym, zdajemy sobie sprawę z tego, że manipulacye trwać mogą bardzo długo i nie możemy powiedzieć, kiedy poronienie względnie poród nastąpi. Polano, zachwalając metreuryzę, podaje, że w czterech z 22 przypadków wywołanych poronień — minęło 40 godzin, w jednym nawet 80 godzin, od prowokacyi do dobrowolnego względnie sztucznego wydalenia jaja. Jakoby zestawia 214 przypadków, w których dla wywołania przedczesnego porodu użyto świeczek. W 52 przypadkach (24%) upłynęło 31 do 60 godzin, w 25 przypadkach 61—150 godzin od założenia świeczek do porodu. Z zestawienia de Reyniera wynika, że poród, wywołany przez przebicie błon, trwa średnio 77 godzin; inne zestawienie z kliniki Herffa podaje tę średnią tylko na $26^1/_2$ godzin.

I własne moje doświadczenie poucza mnie, że metody te zawodzą często. W ostatnich trzech latach wywoływałem poronienie względnie poród niewczesny między drugą połową 3-go miesiąca a końcem 6-go miesiąca 27 razy, z tego 17 razy z pomocą metod prowokujących bóle lub rozszerzających ujście. Używałem następujących sposobów:

2) tamponada jamy i szyi macicznej gazą po uprzedniem rozszerzeniu szyi rozszerzadłami Hegara, 2) metreuryza, 3) przebicie pęcherza, 4) założenie świeczek między ścianę macicy a jaje. W przeważnej liczbie przypadków musiałem używać kilku metod u jednej chorej. W tych 17 przypadkach tylko 5 razy poród odbył się spontanicznie, 6 razy trzeba było wyjmować z macicy płód i popłód, 6 razy tylko popłód po dobrowolnem urodzeniu się płodu. Wynik ten jest bardzo mało zachęcający, gdyż największą zaletą sposobów prowokacyjnych ma być właśnie to, że tylko na początku macica narażona jest na uraz, poczem powinna odpowiedzieć nań porodem. Tak jednak bynajmniej nie jest. U moich chorych, w 70% przypadków, potrzebne były i pod koniec porodu zabiegi operacyjne, zgoła nie obojętne.

Od początku prowokacyi do końca poronienia lub porodu mijał czas rozmaicie długi, — najmniej 2 godz., najwięcej 180 godzin, czyli przeszło 7 dni. W pierwszych 24 godzinach skończył się poród tylko w 3 przypadkach. W trzech przypadkach wymagał do 48 godzin czasu. Siedem razy upłynęło więcej niż 48, a mniej niż 100 godzin, a w czterech przypadkach ciągnęła się cała sprawa od 100 do 180 godzin. Średnio otrzymujemy 77 godzin, co odpowiada trzem dobom i pięciu godzinom.

Wobec tak długiego trwania manipulacyi wewnątrzmacicznych zadziwić nie może fakt, że znaczna liczba tych osób gorączkowała przed rozwiązaniem. Było ich 7, u dziesięciu zaś ciepłota nie doszła do 37·7. Z tych siedmiu, u których podniesienie ciepłoty stało się wskazaniem do sztucznego rozwiązania, pięć miało gorączkę poniżej 38·5, jedna 39·5, jedna 40°.

Po rozwiązaniu spadła ciepłota do poziomu prawidłowego; przebieg pooperacyjny był u wszystkich prawidłowy. Cyfry moje są nieduże; być może, że dziwnym zbiegiem okoliczności spotkałem się z macicami leniwemi, nie odpowiadającemi na bodźce; w każdym razie wyniki nazwać muszę złemi, bo choć żadna chora nie umarła i u żadnej nie rozwinęła się cięższa sprawa zakaźna, jednak większa ich część narażona była na kilkodniowe męczące zabiegi i połączone z nimi niepokoje i bóle, a 40% z nich uległo krótkotrwałemu zakażeniu.

To spostrzeżenie i porównanie z przebiegiem doraźnego przerwania ciąży w pierwszych 10 tygodniach naprowadziło mnie na myśl, że sposób doraźny usunięcia jaja na jednem posiedzeniu ma nad wszystkiemi temi prowokacyjnemi metodami nieporównaną wyższość i że należałoby zastanowić się, czy i po 10-tym tygodniu nie możnaby na jednem posiedzeniu opróżnić ciężarnej macicy. Do tego celu nadaje się naturalnie najlepiej c i ę c i e c e s a r s k i e p o c h w o w e.

Zanim zacząłem go używać systematycznie, dwa razy wykonać je musiałem z konieczności. W pierwszym przypadku blaszecznica (laminaria), założona do szyi celem jej rozszerzenia (od kilku lat nie używam tego sposobu rozszerzania), wyśliznęła się z szyi do jamy macicy, gdzie ją zastałem w 20 godzin po założeniu. Takie samo nieszczęście wydarzyło się Kleinowi, Solmsowi i zapewne wielu innym operatorom.

Spostrzegłszy, co zaszło, wykonałem bezzwłocznie cięcie cesarskie pochwowe przez przednią ścianę po odsunięciu pęcherza i wyjąłem bez trudu blaszecznicę i jaje, poczem zaszyłem rany.

W drugim przypadku wywoływałem przez 5 dni najrozmaitszymi sposobami skurcze u osoby w początku 6-go miesiąca ciąży, macica była jednak do tego stopnia leniwa, że nie odpowiadała zgoła na te bodźce. Wśród tych zabiegów podniosła się ciepłota do 40°; wykonałem w typowy sposób cięcie cesarskie i opróżniłem doraźnie macicę, poczem ciepłota spadła do poziomu prawidłowego.

Prócz tych dwóch przypadków, operowanych z konieczności, użyłem cięcia cesarskiego pochwowego 10 razy celem przerwania ciąży, między 10-tym a 24-tym tyg. ciąży, nie próbując przedtem żadnych innych sposobów. W tych więc przypadkach była pochwowa hysterotomia metodą wyboru.

Z tych 10 osób u jednej była ciąża trzechmiesięczna, u czterech czteromiesięczna, u trzech pięciomiesięczna, u dwóch w szóstym miesiącu. Ani razu nie chodziło o wskazanie w całem tego słowa znaczeniu nagłe.

Przerywaliśmy ciążę 5 razy z powodu gruźlicy płuc i opłucnej; dwa razy z powodu niewyrównanej wady serca, po jednym zaś przypadku z powodu ciężkiego zapalenia nerek i niepowściągłych wymiotów w ciąży; u jednej chorej wreszcie był naciek gruźliczy w płucu, niewyrównana wada serca i zapalenie nerek. Wszystkie chore, z wyjątkiem jednej, przysłane były do nas przez wybitnych internistów lub przeniesione z kliniki chorób wewnętrznych. Jedynie u chorej z niepowściągłemi wymiotami dokonaliśmy zabiegu na podstawie dłuższej obserwacyi własnej w klinice.

Zabieg operacyjny nie przedstawiał nigdy trudności; wykonywaliśmy go sposobem Dührssena z modyfikacyą Bumma, tj. po odsunięciu pęcherza moczowego i odsłonięciu przedniej ściany szyi nadpochwowej, przecinaliśmy ją w linii środkowej. Od przyjętej powszechnie techniki odstępowaliśmy tylko o tyle, że pierwsze cięcie przez sklepienie przednie prowadziliśmy na poprzek, nie zaś podłużnie w linii środkowej. Tej zmiany nie uważam jednak za istotną. Operacya trwała średnio 15 minut, nigdy zaś czas jej trwania nie przekraczał 30 minut. Przeciętą szyję zeszywaliśmy ciągłym szwem kagutowym, ranę zaś w sklepieniu przedniem szwami katgutowymi węzełkowymi.

Krwotoku z rany operacyjnej lub z jamy macicy nie spostrzegaliśmy ani razu. W przeważnej liczbie przypadków nie zachodziła wogóle potrzeba podwiązywania naczyń, a utrata krwi była wprost minimalna.

Wszystkie chore wyszły z kliniki uleczone o tyle, o ile stan chorobowy, który stanowił wskazanie do zabiegu, pozwala mówić o uleczeniu. Tylko jedna chora gorączkowała po zabiegu z powodu zmian pooperacyjnych, ale i u niej ciepłota nie przekroczyła 38·5. Przyczyną było zapalenie przymaciczne o lekkim przebiegu, które ustąpiło doszczętnie. Operacyę wykonywaliśmy sześć razy w znieczuleniu rdzeniowem tropakokainą (0·05—0·06), cztery razy w uśpieniu chloroformowem, a więc zawsze zupełnie bezboleśnie.

Jeśli porównam zabiegi operacyjne i cały w ogóle przebieg przerwania ciąży u owych 17 osób, u których użyliśmy sposobów prowokacyjnych, z przebiegiem operacyjnym i pooperacyjnym u tych 10 kobiet, które rozwiązaliśmy doraźnie przez pochwowe cięcie cesarskie, to stwierdzić muszę, że odniosłem wrażenie, iż te drugie lepiej wy-

szły na radykalizmie, niż tamte na pozornie łagodnym sposobie postępowania.

Wyższość doraźnego sposobu polega na tem, że 1) operacya trwa kilkanaście minut, a nie całe dnie. Pomijając już niebezpieczeństwo, połączone z tak długiem trwaniem manipulacyi wewnątrzmacicznych, podnieść muszę to, że wiele kobiet poddaje się ze wstrętem tej dla płodu morderczej operacyi i że przeciąganie jej na całe dnie jest dla nich moralną torturą. Nieraz słyszałem z ust tych biednych kobiet wymówki, które mi dotąd brzmią w uszach.

2) Sposoby prowokacyjne są bezwątpienia boleśniejsze, bo choćby się nawet użyło uśpienia do założenia balonu, przecież cały bieg wywołanego w ten sposób poronienia lub porodu odbywa się bez znieczulenia. Chore po pochwowem cięciu cesarskiem nie żalą się w ogóle na żadne bóle.

3) Położenie lekarza, prowokującego poronienie i nie mogącego chorej odpowiedzieć na zupełnie naturalne i usprawiedliwione pytanie, kiedy to się skończy, jest naprawdę nie do pozazdroszczenia. A jeśli natrafi się na leniwą, na bodźce nie odpowiadającą macicę, można przy najzimniejszej krwi stracić cierpliwość.

4) Zabieg doszczętny, acz polega na zadaniu rany ciętej, jest znacznie mniej krwawy, niż bywa powolne poronienie, zwłaszcza w drugiej połowie trzeciego i w czwartym miesiącu. Wbrew temu, co mówi Küstner, nie spotkałem się nigdy z krwotokiem atonicznym po szybkiem, byle tylko całkowitem usunięciu młodego jaja z macicy. Samo przecięcie jest, jak wyżej wspomniałem, prawie zawsze bezkrwawe. Gdzie chodzi o gruźlicę, a ta stanowi główne wskazanie operacyjne, tam z pewnością nie jest rzeczą obojętną, ile chora straciła krwi wśród zabiegu.

5) Choć nie straciłem żadnej z tych 27 chorych, jednak uznać muszę słuszność wywodów Döderleina, opartych na badaniach bakteryologicznych, które dowodzą, że tak na balonie gumowym, jak na świeczkach i gazie wprowadza się do macicy liczne bakterye, choćby z przewodu szyi. Na ogół biorąc, przebieg pooperacyjny bywał po cięciu pochwowem lepszy, niż po sposobach prowokacyjnych.

Zarzucić można cięciu pochwowemu (i zarzutu tego istotnie mu nie oszczędzono), że 1) stwarza bliznę, która w następnej ciąży lub wśród porodu może pęknąć. Zarzut ten jest, zdaniem mojem, niesłuszny. Morawski, pisząc o cięciu cesarskiem nadłonowem na podstawie materyału kliniki krakowskiej, omówił to szczegółowo i słusznie twierdzi, że nie wolno dopatrywać się tu analogii z zachowaniem się blizny w trzonie macicy po cięciu cesarskiem klasycznem, a Jung podnosi wyraźnie, że nikt nie przytacza przypadku takiego pęknięcia i że obawy co do tego są bezpodstawne. To samo zdanie wypowiadają Dührssen, Orłow, Beckmann i inni.

Mówiono też o tem, że cięcie pochwowe jest technicznie trudniejsze od sposobów prowokacyjnych. Ponieważ chodzi tu przeważnie o wieloródki, i to w miesiącach, w których szyja macicy stoi nizko, a zawartość macicy jest niewielka, odeprzeć muszę i ten zarzut. Moi asystenci i ja nabraliśmy przekonania, że przeciwnie zabieg ten jest uderzająco łatwy i prosty.

A przecież mimo tych wyraźnych zalet, mimo, zdaniem mojem, niewątpliwej wyższości nad sposobami prowokacyjnymi, mimo wreszcie i tej okoliczności, że żyjemy w dobie rozwoju metod chirurgicznych w położnictwie, cięcie cesarskie pochwowe nietylko nie jest powszechnie uznane jako metoda przerwania wczesnej ciąży przy braku nagłego, doraźnego wskazania, ale przeciwnie poważni autorowie uznają, że bez takiego doraźnego wskazania nie powinno być używane. Wyjątek stanowią Jahreiss, Gustaw Klein, E. Martin i Seitz.

Jahreiss, polecając gorąco cięcie pochwowe dla przerwania ciąży i uznając, że jest mniej niebezpieczne, niż metody powolne, popełnia jednak ten błąd, że używa go w bardzo wczesnej ciąży (raz w 6 tygodniu, raz w 8 tyg.), co jest, zdaniem mojem, zbyteczne. Klein jest przeciwnikiem blaszecznicy, balonów i gazy, i gorąco zaleca cięcie pochwowe dla wywołania poronienia już od 7. tygodnia ciąży. Przygodnie zachwalają też ten sposób Seitz i E. Martin. Są to jedyni zwolennicy tej operacyi nawet w przypadkach nie nagłych.

Przeciwników jest znacznie więcej. Na czele wymienić należy Dührssena i Bumma, którzy położyli największe zasługi dla rozwoju techniki pochwowego cięcia cesarskiego. Obydwaj są tego zdania, że można i należy zabieg ten wykonywać tylko w tych przypadkach, w których leniwa macica nie odpowiada skurczami na zwykłe bodźce metod prowokacyjnych. Raz tylko użył Dührssen pochwowego cięcia dla przerwania ciąży, ale tylko dlatego, że chciał na tem samem posiedzeniu wykonać jajowodową sterylizacyę kobiety na drodze pochwowej.

Tego samego zdania, co obydwaj twórcy tej metody operacyjnej, są Ehrendorfer, Bar i wielu innych. Prawie wszyscy zwracają uwagę na to, że operacya ta nadaje się przedewszystkiem do przypadków o wskazaniu nagłem (Hannes), jak również tam, gdzie po wydobyciu jaja ma się wykonać wyjęcie macicy przez pochwę, np. przy raku, lub gdzie dołączyć się pragnie wycięcie jajowodów przez pochwę dla sterylizacyi.

Pośrednio stają ci autorowie w obronie dawnych sposobów powolnych, przeważnie metreuryzy (Küstner, Hannes), rzadziej tamponady gazą (Dührssen). Stanowisko to byłoby zupełnie zrozumiałe i słuszne, gdyby statystyki wykazywały większe niebezpieczeństwo sposobu doraźnego. Tych statystyk nie ma jednak dotąd, bo jeśli cięcie cesarskie pochwowe ma być poddane cyfrowej ocenie, jako metoda wyboru dla przerwania wczesnej ciąży (do końca VI m.), to z zestawienia takiego wyłączyć trzeba wszystkie te przypadki, w których do cięcia pochwowego zabrano się jako do »ultimum refugium« po długich bezskutecznych próbach wzniecenia bolów innymi sposobami, dalej te przypadki, w których wskazanie jest nagłe i tak groźne, że choroba, a nie operacya staje się przyczyną śmierci, wreszcie te przypadki, w których płód jest donoszony lub prawie donoszony.

A takich zestawień nie ma. Zebrane razem przypadki Jahreissa (5), Gustawa Kleina (7) i moje (10), zakończone pomyślnie, nie pozwalają wyciągać żadnych statystycznych wniosków.

Na jedno jednak pragnę zwrócić uwagę. Cięcie cesarskie pochwowe przed końcem 6-go miesiąca, a ten sam zabieg pod koniec ciąży, to dwie w technice jednakowe, w rokowaniu zgoła niepodobne operacye. Przy donoszonym

płodzie zaciemniają to rokowanie krwotok, darcie się ciętej rany (Rissmann), wyrywanie się kleszczyków z cienkiej i miękkiej szyi, a u pierwiastek przeszkody w pochwie, wymagające jej rozległego nacięcia (Dührssen). Wszystko to odpada we wczesnej ciąży. Operacya jest wtenczas całkiem lub prawie całkiem bezkrwawa, o dalszem rozdzieraniu się rany nie ma mowy wobec małych rozmiarów płodu, szyja jest jeszcze jędrna i gruba tak, że kleszczyki trzymają ją doskonale, a wązka pochwa pierwiastki nie stanowi żadnej przeszkody.

Na rokowanie więc, na ciężkość tego zabiegu w początku ciąży nie mogą rzucać cienia te powikłania, które pod koniec ciąży są wynikiem wielkich wymiarów główki donoszonego płodu.

Przeciw stosowaniu tej metody przed końcem 6-go miesiąca nie przemawia więc nic, natomiast zaprzeczyć nie można, że ma ona wielkie zalety, z których nie ostatnią jest jej doraźny i pewny skutek bez fizycznych i moralnych tortur, jakich niestety niezawsze możemy oszczędzić tym pożałowania godnym kobietom, stosując u nich którąkolwiek z metod prowokacyjnych.

Wreszcie słowo o Bossim. Metoda, polegająca na nagłem rozszerzeniu szyi ciężkiem metalowem narzędziem Bossiego, występuje często jako sposób konkurencyjny dla pochwowego cięcia cesarskiego. Nie wchodzę tu w »meritum« sprawy i nie myślę rozstrzygać pytania, który z tych sposobów jest lepszy pod koniec ciąży lub w 1-szym okresie porodowym. Natomiast pragnę stwierdzić, że tam, gdzie chodzi o przerwanie wczesnej ciąży (do końca VI m.), gdzie praca porodowa nie zaczęła jeszcze rozwierać szyi, tam o przyrządzie Bossiego mowy być nie może. Właśnie twardość i grubość szyi, którą między innemi uznałem za cechę ułatwiającą wykonanie cięcia pochwowego, ta twardość i grubość sama przez się wyłącza użycie przyrządu Bossiego, który założony do szyi długiej, grubej i niepodatnej, mógłby sprowadzić nieobliczalne zniszczenia.

Niezwykły przypadek potworniaka rogówki.

Podał

Konrad Rumszewicz.

Już Ryba (Prager Vierteljahrschr. T. III, str. 1 1851), i Virchow (Arch. f. path. Anatomie u. Phys. T. VI str. 553 1854) udowodnili, że poprzednio opisywane pod nazwami »behaarte Muttermäler«, »verrucae conjunctivae« twory są to skórzaki brzegu rogówki. Początkowo w istocie znajdowano w nich tylko pierwociny skóry: nabłonek, niekiedy brodaweczki, torebki włosowe, gruczoły łojowe, rzadziej potowe, tkankę tłuszczową. Twory te opisywano jako guzki drobne, okrągłe, barwy żółtawej, wzniesione nieco nad poziom rogówki, a położone w okolicy rąbka, w części na rogówce, w części na spojówce. Niebawem jednak ogłoszono cały szereg spostrzeżeń, w których opisano już nie drobne, ale wielkie twory skórzakowe, które zajmowały całą lub prawie całą rogówkę. W przypadkach tych znajdowano niekiedy prócz pierwocin skóry gruczoły gronowe i chrząstkę, a jednak budowa samej gałki ocznej ulegała nieznacznym tylko zmianom, które nie przekraczały przedniej jej części. Lecz niemało też ogłoszono spostrzeżeń, w których już nietylko część przednia, lecz cała gałka ulegała bardzo znacznemu zniszczeniu, a w tworze, który gałkę całkowicie zastępował, znajdowano prócz pierwocin skóry bądź nieprawidłowo rozrzucone pierwociny różnych części składowych gałki i tkanek ją otaczających, mianowicie mięśnie gładkie i poprzecznie prążkowane, zwyrodniałe włókna soczewki, torbiele wysłane nabłonkiem migawkowym, strzępy siatkówki (bez warstwy nerwów i komórek zwojowych), resztki barwika (Wagenmann, Arch. f. Ophthalm. XXXV, 3) nadto jeszcze chrząstkę i blaszkę kostną (Sgrosso, Annali di oftalmologia Supl. str. 11 1895). Niekiedy znów skórzak przesuwał stę do wnętrza zwyrodniałej i nieprawidłowo małej gałki (Hanke, Arch. f. Ophth. LVII str. 38 1905 i v. Hippel. Ibid. LXIII, str. 38 1906).

Ogłoszone przypadki zebrałem przed dwoma laty w pracy mej o potworniakach rogówki (Postęp okulistyczny 1909), dodając własne spostrzeżenia. Okazało się, że od drobnych skórzaków brzegu rogówki, do potworniaków, które zajmują nietylko już całą powierzchnię rogówki, lecz nadto częściowo lub zupełnie niszczą gałkę oczną, istnieje cały szereg postaci przejściowych, że zatem wszystkie te przypadki zaliczyć należy do jednej kategoryi.

Niedawno spostrzegałem następujący przypadek:

A. N., 18-letnia dziewczyna, zasięgała rady z powodu oszpecenia lewego oka, które datuje się od urodzenia. W obu oczach wzrok prawidłowy V = 1.0. W prawem oku niema zgoła żadnych zmian. W lewem, na pierwszy rzut oka otrzymujemy wrażenie skrzydlika, położonego obok zewnętrznego brzegu rogówki. Przy dokładniejszem jednak przyjrzeniu się rzecz inaczej się przedstawia. W kierunku południka poziomego na wzgórku obok rąbka znajduje się 1 mm. średnicy mający, żółtawo-bladoróżowy okrągły guziczek, wznoszący się nieco nad poziom rogówki. Ku zewnątrz, już w obrębie spojówki gałkowej, przytyka doń bezpośrednio twór, leżący w kierunku poziomego południka na spojówce gałki, długości 5 mm., szerokości w środku 1,5 mm., podłużny, o powierzchni nierównej, barwy bardziej żółtawej, swobodnie przesuwalny ze spojówką. Brzeg zewnętrzny guzka wyraźnie odgraniczony; pęczka naczyń, skrzydlikowi właściwego, nie było. Należało rozpoznać skórzaka, względnie tłuszczako-skórzaka. Narośl usunąłem ze względów kosmetycznych, pozostałą nieznaczną plamę na rogówce później zabarwiłem. Wyrównaną na korku narośl zatopiłem w celloidynie, poczem pociąłem ją całkowicie na skrawki w kierunku poziomym.

Nabłonek na całej powierzchni narośli przedstawiał się prawie jednostajnie. Górne warstwy były zrogowaciałe, tworząc bardzo cienki pokład, raczej o cechach warstwy jasnej. Warstwa ziarnkowata w obrębie guzka wcale nie była widoczna. Dalej ku obwodowi komórki jej nigdzie nie stanowiły całkowitej warstwy i najczęściej występowały jako pojedyncze, rzadziej 2 lub 3 obok siebie położone; ziarnka keratohyaliny występowały jednak zupełnie wyraźnie. Warstwa kolczasta składała się z 3—4, niekiedy 2 tylko rzędów komórek. Skóra wcale nie miała warstwy brodawkowej; stanowiąca ją tkanka łączna była ułożona w grube pęczki, komórek było względnie mało, włókna sprężyste były bardzo liczne, prócz części położonej w obrębie rogówki. Na samej granicy rąbka znajdowały się 3 jedna nad drugą położone torebki włosowe o typie rzęs z bardzo rozwiniętymi gruczołami łojowymi. Włosy nie wystawały jednakże nad powierzchnię guza i dlatego na powierzchni jego zgoła nie były widoczne. Spostrzegać się dawały stosunkowo dość grube pęczki mięśni gładkich.

W głębokiej warstwie skóry znajdowały się 2 gruczoły potowe; jeden z nich znajdował się właściwie już poza obrębem warstwy skórnej, w jednej z grubszych beleczek tkanki, które kierowały się od skóry ku położonej pod nią warstwie tkanki tłuszczowej. Ta warstwa tkanki tłuszczowej zaczynała się zaraz za rąbkiem, lecz dalej ku zewnątrz stawała się znacznie grubszą. Nieopodal brzegu zewnętrznego guzka wśród skóry znajdował się gruczoł gronowy o 2—3 pęcherzykach, którego przewód wychodził na powierzchnię na samym brzegu. Gruczoł pod względem budowy zupełnie przypominał gruczoły śluzowe.

Co się tyczy genezy potworniaków rogówki, starałem się wykazać, za przykładem van Duysea, że najprawdopodobniej powstają one wskutek zrośnięcia powierzchni pęcherzyka ocznego zarodka z błoną owodną. Co do potworniaków brzegu rogówki, uznać możemy za ich przyczynę zrosty, powstałe po upływie pierwszego miesiąca rozwoju, a przed końcem drugiego, gdy rogówka zupełnie się już wytworzyła. Powstają zatem te twory w późniejszym okresie rozwoju oka. Zrost taki bez powodu nastąpić nie może. Jeśli zastanowimy się, jakie przyczyny wywołać go mogły, to za przyczynę musimy uznać sprawy dobrze znane w życiu płodowem, owrzodzenia rogówki. Zależnie też od obszaru, jaki owrzodzenie owo zajmuje na powierzchni rogówki, zrosty mogą powstać na różnej przestrzeni. Mogą mianowicie powstać na bardzo nieznacznej przestrzeni, — a w takim razie — w miejscu, które najczęściej ulega owrzodzeniu — mianowicie w okolicy brzegu rogówki. Jeśli zaś owrzodzeniu uległa większa część, lub cała rogówka, to zrosty będą rozleglejsze. W ten sposób łatwo daje się wytłómaczyć powstawanie mniejszych lub większych tworów skórzakowych na rogówce. Co się tyczy potworniaków, które rozwijały się we wnętrzu samej gałki i zupełnie niszczyły jej budowę, to powstawanie ich można wytłómaczyć tylko nieprawidłowym już w samym początku rozwojem wtórnego pęcherzyka ocznego, mianowicie jeśli pomiędzy pierwotnym pęcherzykiem, a warstwą zewnętrznej blaszki zarodkowej wyjątkowo znajduje się warstwa blaszki zarodkowej średniej, która staje na przeszkodzie wgłębieniu pęcherzyka pierwotnego przy powstawaniu wtórnego. Blaszka zarodkowa zewnętrzna zostaje w tym przypadku niezużytkowana, przybiera znamiona skóry i przeistacza się w guz, który rozczłonkowuje bardzo wątły pierwotny pęcherzyk oczny.

We wspomnianej pracy mojej starałem się wykazać, że wszystkie podane dotąd przypadki potworniaków rogówki, począwszy od najmniejszych skórzaków rąbka aż do tworów, w których już nietylko cała rogówka lecz nawet gałka ulega zniszczeniu, stanowią w gruncie rzeczy jedną i tę samą, mniej tylko lub znaczniej rozwiniętą sprawę. Przeważa w nich zawsze budowa skórzaka. Zaznaczyćby się jednak dała pewna różnica, mianowicie, gdy w drobnych tworach znajdowano tylko pierwociny skóry i to wcale nie zawsze wszystkie, to w większych znajdowano nadto jeszcze inne tkanki: kostną, chrząstkową, dalej skórze wcale już niewłaściwe gruczoły gronowe. Podany tu przypadek z tego mianowicie względu zasługuje na uwagę, że, pomimo bardzo nieznacznej wielkości guzka, były w nim jednakże: 1) pierwociny skóry z gruczołami łojowymi, potowymi i tkanką łączną; 2) gruczoły gronowe; 3) pęczki mięśni gładkich, inaczej zupełnie niż zwykle w skórze ułożone. Przypomnę, że w przypadkach guzków o wiele większych, które zajmowały nietylko rogówkę, lecz wywoływały nawet zmiany w samej gałce, np. w przypadkach Bernheimera (Arch. f. Augenheilk. XVIII str. 171) i Cohna (Ueber einen Fall v. Teratoma corneae cong. Diss. 1897) budowa skóry o tyle była niezupełna, że np. gruczołów potowych w przypadkach tych wcale nie było. W przypadkach bardzo drobnych skórzaków rąbka często bardzo nie znajdowano nietylko gruczołów potowych, lecz nawet łojowych i torebek włosowych; znajdowano w nich tylko skórę, w której do tego warstwy były ułożone zupełnie nieprawidłowo. Wyjątek z drobnych skórzaków zdaje się stanowił tylko jeden z przypadków, opisanych przez Wallenburga (Ueber die Dermoidgeschwülste des Auges. Diss. 1889), mianowicie trzeci przypadek tego autora. W przypadku tym znaleziono liczne nerwy. Skąd pochodzić mogły te nerwy? Bezwątpienia powstać one mogły i na miejscu, z pieńków nerwowych samej rogówki. Trudniej wytłómaczyć obecność w guzkach gruczołów gronowych, gdyż wiemy, że spojówka gałki żadnych zgoła tworów gruczołowych nie zawiera. Obecność tę najlepiej tłómaczy teorya zrostów rogówki z błoną owodną. Wskutek mianowicie tych zrostów łatwo nastąpić może przesunięcie pierwocin, które zawierały pierwiastki przyszłych gruczołów gronowych, z poblizkiej okolicy, w której powstają fałdy przejściowe spojówki, a te, jak wiemy, zawsze posiadają gruczoły gronowe. Zwrócę jeszcze uwagę na okoliczność że opisana w przypadkach drobnych skórzaków brzegu rogówki nader prosta ich budowa, na podobieństwo tylko samej skóry, nie dowodzi jeszcze, by w istocie nie zawierały one innych jeszcze pierwiastków, gdyż bardzo często większą rozmaitość budowy znajdujemy tylko w bardzo małej części guzka, która łatwo mogła pozostać nie zbadana, jeśli guzek nie został całkowicie skrajany na skrawki mikroskopowe. Przypominam, że na spojówce gałki opisano dawniej sporo przypadków tłuszczaków, jednakże nie trudno mi było udowodnić (Wiadomości lekarskie 1884), że były to wprost skórzaki, w których jednak pierwociny właściwej skóry tylko bardzo niewyraźnie występowały.

Przypadek zatem nasz ciekawy jest z tego względu, że mimo drobnych rozmiarów guzek zawierał części składowe wszystkich trzech blaszek zarodkowych, występował więc jako zupełnie rozwinięty potworniak, stanowiąc bardzo wyraźną postać przejściową od drobnych o niedokładnej nawet często budowie skóry skórzaków brzegu rogówki do potworniaków o budowie bardzo urozmaiconej, które zajmowały bądź całą rogówkę, bądź nawet niszczyły zupełnie gałkę oczną.

O wycinaniu sterczu (prostatectomia).

Według wykładu przeznaczonego na XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Podał

Ludwik Rydygier.

Powracam jeszcze raz do omówienia sprawy wycinania sterczu, bo i po ostatnim moim wykładzie na XVI. naszym Zjeździe chirurgów w Warszawie spotkałem się z zupełnie mylną oceną mego sposobu i to nawet w spra-

wozdaniu w »Zentrbl. f. Chirurg.« z wykładu kol. Mincera na tymże Zjeździe wygłoszonego. Zresztą dla braku czasu byłem wtenczas zmuszony w bardzo krótkiem streszczeniu sprawę przedstawić, a chociaż później w Pamiętniku tegoż Zjazdu rzecz dokładniej przedstawiłem, jestem przekonany, że niewielu z Kolegów zwróciło na to uwagę.

Dwie drogi mamy, chcąc usunąć stercz: albo górną ponad spojeniem łonowem przez pęcherz (prostatectomia transvesicalis) i drugą od krocza (prostatectomia perinealis). Na końcu dopiero zastanowimy się nad tem, który z tych dwóch sposobów postępowania i kiedy zasługuje na pierwszeństwo, a naprzód chciałbym dokładnie opisać swój własny sposób wycinania sterczu od krocza, jak go dziś wykonywam, a który tem się różni od postępowania Albarrana i innych, że zasadniczo staram się nie otwierać cewki moczowej, a nadto pozostawiam dwa paski tkanki gruczołowej sterczu obok cewki moczowej. Już w r. 1900 przedstawiłem po raz pierwszy sposób ten na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich (zob. Pamiętnik tegoż Zjazdu), jako sposób nowy i zasadniczo się różniący od innych. Mimo że kilkakrotnie do tego przedmiotu wracałem i na I. Zjeździe międzynarodowym chirurgów na zaproszenie prezydyum miałem programowy wykład o leczeniu przerostu sterczu, nie pojęto należycie mojego postępowania, tak że n. p. Albarran na tymże Zjeździe, po mnie przemawiając, uważał to postępowanie za takie samo, jak Dittla, który przecież tylko dwa kliny z przerosłego sterczu zalecał wycinać.

Cięcie skórne prowadzę wzdłuż szwu krocza od nasady moszen aż do przedniego obwodu odbytu. Cięcie to jest najmniej obrażające, mniej obrażające, niż ogólnie używane cięcie łukowato-poprzeczne od jednego guza kulszowego do drugiego, a zupełnie wystarcza do utorowania sobie drogi do tylnej powierzchni sterczu. Dając pierwszeństwo prostemu cięciu w środku krocza, nie chodzi mi tyle o najmniej rozległe, o najmniej krwawe cięcie, jak o cięcie obrażające jak najmniej nerwy i mięśnie, gdyż, jak to jeszcze zobaczymy, sposobowi wycinania sterczu od krocza zarzucają rozmaite powikłania następowe, których przy odpowiedniem wykonaniu uniknąć można. Tylko przy raku sterczu, gdzie warunki do całkowitego wycięcia są daleko trudniejsze, możnaby do cięcia środkowego dodać łukowate, lub od razu wybrać cięcie poprzeczno-łukowate od jednego guza kulszowego do drugiego (O. Zuckerkandla).

Dalej w głąb postępujemy po części na tępo, po części zapomocą nożyczek Coopera. Przedewszystkiem staramy się odsłonić opuszkę cewki moczowej (bulbus urethrae), nie nacinając pokrywającego ją m. opuszkowo-jamistego (m. bulbo-cavernosus), a przecinając tylko w samym środku poprzecznie pasemko włókien, jakie idzie od m. zwieracza odbytu (m. sphincter ani) do opuszki (raphe ano-bulbaris zob. fig. 1. i fig. 2. a). Z tak przeciętą »raphe ano-bulbaris« oddzielimy razem wewnętrzne przyczepy mięśni poprzecznych krocza powierzchownych (mm. transversi perinei superf.) od linii środkowej i na bok odłożymy.

Pamiętać należy, że u osób starszych, a z takiemi mamy przy wycinaniu sterczu do czynienia, opuszka sięga zwykle bardziej do tyłu i przybliża się nieraz prawie zupełnie do odbytnicy. Trzeba ją więc odpowiednią kopystką do przodu naciągnąć. Pamiętać też należy o stosunkach samej odbytnicy na tem miejscu, na które specyalnie uwagę zwrócili Gosset i Proust, a które przedstawia ryc. 2. Na dolnym końcu sterczu przednia ściana odbytnicy wygina się prawie pod prostym kątem ku przodowi, jakby pociągana w tym kierunku przez m. odbytniczo-cewkowy (m. recto-urethralis) (fig. 2. f.). Tutaj jest miejsce, gdzie mniej ostrożny operator lub niedokładnie obznajomiony ze stosunkami anatomicznymi tej okolicy łatwo może obrazić odbytnicę, a w dalszym przebiegu potem musi walczyć z przetoką odbytniczą. Zarzutu powstawania tej przetoki nie trzeba jednak robić sposobowi, ale nieodpowiedniemu jego wykonaniu. To też, zanim po odciągnięciu ku przodowi opuszki (bulbus) w górę głębiej zaczniemy postępować, należy ostrożnie tuż blizko tylnej ściany cewki moczowej przeciąć m. cewkowo-odbytniczy (recto-urethralis) (fig. 2. b.). Dlatego to od samego początku wprowadzamy gruby cewnik metalowy do cewki, żeby każdej chwili z łatwością oznaczyć jej przebieg i chcąc tutaj uniknąć przedziurawienia odbytnicy, nie naciąć cewki. W tym celu zaleca się drążyć na tępo palcem pomiędzy tylnym brzegiem powięzi krocza właściwej (fascia perin. propr.) i pokrywającego ją m. poprzecznego krocza powierzchownego (m. transv. perin. superf.), o ile nie został już do przodu przeciągnięty, a m. dźwigaczem odbytu (m. levator ani) po obu stronach, ostrożnie w górę i ku przodowi ku tylnej powierzchni sterczu. M. unoszący odbyt (m. levator ani) możemy nawet nieco na brzegu nakarbować, żeby mieć lepszy przystęp. W ten sposób uwolnimy po bokach m. odbytniczo cewkowy (recto-urethralis), tak że go łatwiej nareszcie w środku nożyczkami Coopera przetniemy, nie obrażając ani tylnej ściany cewki, ani przedniej ściany odbytnicy, która cofnie się potem z łatwością ku tyłowi. Po przecięciu m. odbytniczo-cewkowego i odłożeniu połów jego do tyłu i ku przodowi, łatwo i bez trudu utorujemy sobie na tępo drogę do tylnej powierzchni sterczu, posuwając się przez tak zwane »spatium decollabile retroprostaticum« (fig. 2. e.), utworzone przez wiotką tkankę na tej wysokości pomiędzy sterczem a odbytnicą. Że się właśnie w tej przestrzeni znajdujemy, a nie pomiędzy jej tylną blaszką, a błoną mięsną odbytnicy (fig. 2. d.), coby i utrudniało oddzielenie i narażało na przedziurawienie przedniej ściany odbytnicy, to nam wskaże prawie zupełny brak krwotoku, który w przeciwnym razie zawsze jest dość znaczny, i połyskująca, gładka powierzchnia blaszek, przestrzeń tę ograniczających. Tak postępując, nie przetniemy ani większych gałęzi tętnic (art. profunda penis), ani nerwów (n. dorsalis penis), jak to nam pokazuje ryc. 1.

---

[1]) L. Rydygier. Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem. Medycyna 1902.

Tenże. Śródtorebkowe odcięcie (resectio) gruczołu krokowego, jako postępowanie normalne przy przeroście. Przegląd Lek. i Zentrbl. f. Chirurg. 1902.

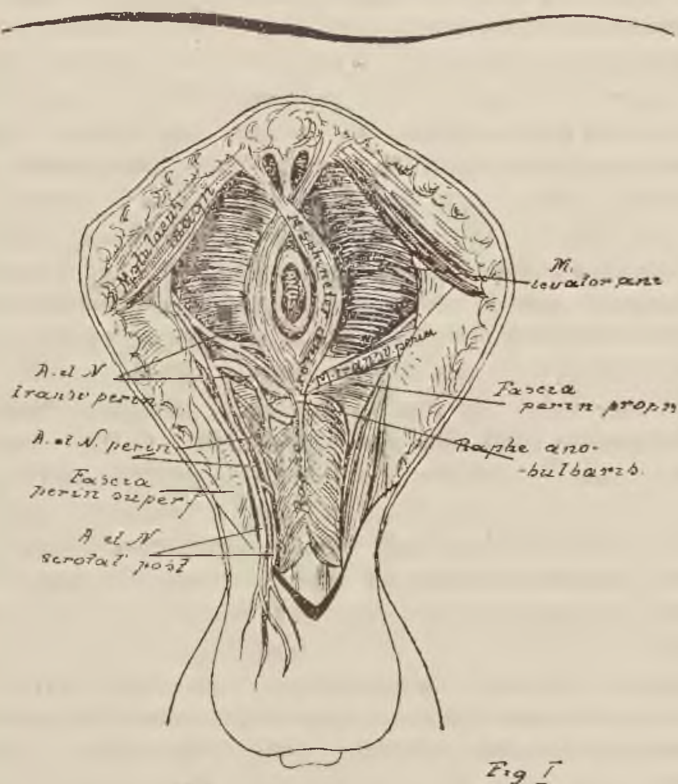
Tenże. W sprawie śródtorebkowego wyłuszczania przerosłego gruczołu krokowego. Przegląd Lek. 1903 i Zentrbl. f. Chir. 1904.

Tenże. O leczeniu przerostu sterczu. Lw. Tyg. lek. 1906.

Tenże. Traitement de l'hypertrophie prostatique. Extrait des comptes rendus. I. Congrès de la Societe internat. de chirurg. 1905.

Tenże. O wycinaniu sterczu. XVI. Zjazd chirurgów polskich. 1900.

Rozciągnąwszy ranę hakami, odsłaniamy sobie tylną powierzchnię sterczu, pokrytą torebką. Torebkę przecinamy dwoma cięciami na 1 2 cm. oddalonemi od linii środkowej, a przebiegającemi w kierunku od przodu do tyłu, naprzód po jednej stronie, a później po drugiej. W rowek tak utworzony wprowadzamy palec, odchylając kleszczykami lub haczykiem torebkę i powoli staramy się na tępo oddzielić i wyłuszczyć palcem płat ze wszystkich stron, o ile się tylko da, z wyjątkiem strony wewnętrznej, przylegającej do cewki moczowej. Tutaj bowiem naddarlibyśmy na pewno cewkę moczową przy oddzielaniu na tępo. Dlatego odcinamy po wewnętrznej stronie stercz ostrym nożykiem gałkowatym odpowiednio na płask wygiętym od cewki moczowej, pozostawiając paski miąższu na 1—2 cm.



Topografia męskiego międzykrocza według Holzmanna

grube przy bocznej ścianie cewki. Ta część operacyi jest może najtrudniejsza, bo chodzi o to, żeby nie zostawić za grubej warstwy obok cewki moczowej, z drugiej zaś strony, żeby nie zabierać za wiele i nie otworzyć cewki moczowej. Dlatego od czasu do czasu macamy palcem cewnik, żeby się przekonać, gdzie i ile jeszcze możemy usunąć miąższu. Czasem trzeba sobie haczykami ostrymi części sterczu, mianowicie przed cewką leżące, do rany przybliżyć i niejako wywinąć-okręcić, żeby nie pozostawić za wiele miąższu. Rozumie się, że również nie należy za wiele brać, bo się otworzy znienacka cewkę. Dlatego zaleca się lepiej mniejszymi kawałkami — plastrami płat wycinać, niż odrazu brać całą część wyciąć się mającą. Pozostawienie pasków miąższu po obu stronach cewki moczowej ma potrójny cel: raz zabezpiecza cewkę od mimowolnego nacięcia, powtóre pozostawia przewody wytryskowe (duct. ejaculator.) w ich przebiegu nienaruszone, a po trzecie pozostaje pewna ilość miąższu gruczołowego sterczu, o którym dotychczas nie wiemy na pewno, jakiej doniosłości jest jego wydzielanie wewnętrzne. W końcu kontrolujemy jeszcze raz, czy nie zostawiliśmy gdzie za grubej warstwy miąższu, mianowicie u góry przy szyjce pęcherza i z przodu przed cewnikiem. Wprowadzony cewnik służy nam do oryentowania się i do ew. napychania pozostawionych zbyt grubych części do rany. Nieraz użyjemy z korzyścią do tego dodatkowego usunięcia ostrych kleszczyków, podobnych do tych, jakie służą do wycinania trzeciego migdałka.

Kiedyśmy wyłuszczyli płat po jednej stronie, przystępujemy następnie do wyłuszczenia płata po drugiej stronie zupełnie w ten sam sposób.

Po wyłuszczeniu płatów tamujemy krwotok, o ile już nie ustał, zmieniamy metalowy cewnik na angielski, który pozostawiamy na stałe, i wsuwamy naprzód w jamki, pozostałe po każdej stronie w miejscu wyłuszczonych płatów sterczu, paski albo gazy jodoformowej, albo gazy nasmarowanej grubo maścią lapisową, aby je później łatwiej i bez bólu wyciągnąć. Szwów nie zakładamy albo wcale, albo założymy jeden lub dwa przed samym otworem stolcowym. W końcu wypełniamy dość mocno całą ranę, żeby zupełnie powstrzymać krwotok miąższowy i zakładamy zwyczajną opaskę T. Chorego układamy w położeniu na wpół siedzącem do łóżka, pozwalając mu o ile możności jak najwcześniej wstawać, choćby już następnego dnia.

Sposób mój wycięcia sterczu ma następujące zalety przed wycięciem przez pęcherz, a również przed innymi sposobami wycięcia od krocza, według których otwiera się zasadniczo cewkę moczową:

1) Bezpośrednia śmiertelność po operacyi jest mniejsza; 2) nie narażamy chorego na powstawanie przetok czy to moczowych, czy kałowych; 3) moczociek stały (incontinentia urinae) się nie zdarza; 4) czynność pod względem płciowym o ile jeszcze istnieje, nie zostaje uszkodzoną.

Ad 1. Wszyscy nawet najzagorzalsi zwolennicy wycinania sterczu przez pęcherz na to się zgadzają, że bezpośrednie niebezpieczeństwo po wycięciu sterczu od krocza jest mniejsze, niż po wycięciu przez pęcherz. Jakkolwiek statystyka właśnie tutaj najmniej może rozstrzygać, gdyż śmiertelność w tych przypadkach przeważnie zależy od stanu dróg moczowych (stopnia zakażenia i zmian w pęcherzu i nerkach), to i ona przemawia na korzyść wycięcia od krocza. Rozumie się, że mogą tu mieć znaczenie tylko bardzo wielkie statystyki i zestawienia równomierne. Kto w przypadkach prostych operuje przez pęcherz, a znaczniejsze zakażenie pęcherza lub większe zmiany w nerkach uważa za wskazanie do operowania przez krocze, tego statystyka naturalnie nie może mieć żadnego znaczenia porównawczego. Po takiem zastrzeżeniu możemy przypisać większe znaczenie tylko zestawieniom, pochodzącym od chirurgów, którzy większą liczbę przypadków według jednego sposobu zasadniczo operowali. I tak Young z Ameryki wykazuje po wycinaniu sterczu od krocza na 328 własnych przypadków tylko 2,9% śmiertelności, a z ostatnich 112 przypadków nie umarł mu ani jeden operowany. Albarran ma w swoich przypadkach 3,6% śmiertelności. Podobnie Fergusson i Tuffier. Za to niektóre mniejsze statystyki wykazują daleko wyższy procent, a większe zbioro-

we wahają się pomiędzy 6 a 11%, tak że średnio można 7,0% przyjąć; według Prousta tylko 6,61%, na 1192 operowanych umarło tylko 79. Ja własnej swej statystyki nie podaję, bo wskutek stosunkowo małej liczby operowanych przypadków najróżnorodniejszych, niczegoby nie dowodziła, a prócz tego i z tej przyczyny, że część tych przypadków była operowana z początku w okresie, kiedy sposób operowania i technika jego się urabiała. Powiem tylko tyle, że z 3 operowanych w ostatnim roku żaden nie umarł, żadnych nie było u nich komplikacyi następowych i wszyscy czują się zupełnie dobrze, nie używając cewnika, a chodziło we wszystkich przypadkach o chorych liczących ponad 60 lat.

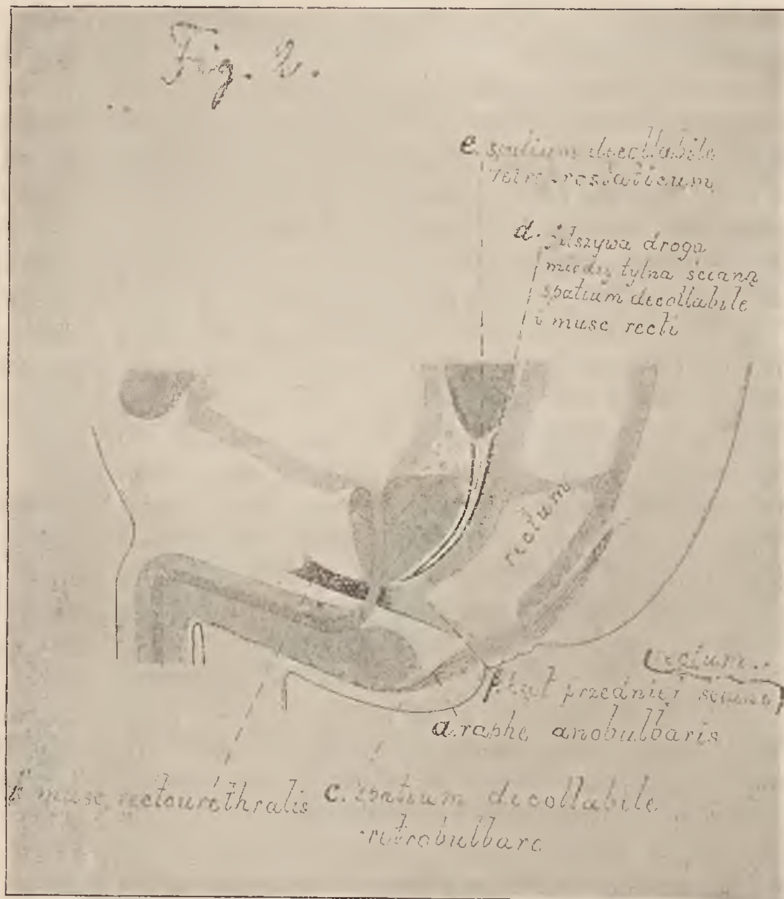
Daleko większe wahania widzimy w statystykach po wycięciu sterczu przez pęcherz: Freyer główny przedstawiciel tego sposobu operowania ma na 644 własnych przypadków tylko 6% śmiertelności. W pierwszych latach miał 10%, obecnie już tylko niespełna 4%. Inni autorzy wykazują przeważnie pomiędzy 10 a 22%; średnio 15%.

Wszyscy zgadzają się prawie bez wyjątku na to, że bezpośrednie niebezpieczeństwo pooperacyjne jest około dwukrotnie większe po wycinaniu sterczu przez pęcherz, niż po wycinaniu od krocza. Operowanym przez pęcherz grozi największe niebezpieczeństwo w pierwszych dniach po operacyi z powodu zakażenia, powikłań ze strony płuc i krwotoku. Daleko mniej umiera operowanych od krocza na zakażenie, a prawie nikt z krwotoku. To jest i bez wszelkich statystyk zupełnie zrozumiałe, bo chyba każdy chirurg przyzna, że dając przy operacyi od krocza najlepsze warunki odpływu ku dołowi, musimy mieć co do gojenia rany lepsze wyniki, niż po operacyi przez pęcherz, gdzie i rana daleko bardziej skomplikowana (cavum Retzii) i odpływ ku górze wydzieliny i zakażonego moczu musi stanowić daleko większe niebezpieczeństwo, i to nietylko wskutek łatwiejszego zakażenia septycznego, ale i nacieku moczowego do wiotkiej tkanki przedpęcherzowej.

Rozumie się, że nie otwierając wcale cewki moczowej, jak tego wymagam, zmniejszamy jeszcze bardziej bezpośrednie niebezpieczeństwo po operacyi. Wyraźniej jeszcze wystąpią zalety mego sposobu, jeżeli przystąpimy do oceny i porównania sposobów pod względem grożących powikłań następowych. Z nich przedewszystkiem podnoszą powstawanie przetok kałowych i moczowych, moczociek stały, następowe zwężenia cewki moczowej, a nareszcie upośledzenie czynności płciowych.

Ad 2. Ciągle jeszcze i w najnowszych pracach znajdujemy zarzut, że po wycięciu sterczu od krocza częściej powstają i pozostają przetoki kałowe i moczowe (Zuckerkandl, Lasio, Gardini, Völkers, Petit, Göbell, Horwitz, Hartman, Pousson i inni). Co do przetok kałowych, to można twierdzić z całą pewnością, że kto ostrożnie i z odpowiednią znajomością stosunków anatomicznych tej okolicy operuje, a tego wymagać możemy od każdego chirurga podejmującego się tej operacyi, ten z pewnością uniknie obrażenia odbytnicy. Przyznaję, że zanim częściej wykonywano tę operacyę i dopóki mniej były znane stosunki anatomo-topograficzne tej okolicy właśnie odnośnie do tej operacyi, to mogło się zdarzyć obrażenie ściany odbytnicy; stosunki anatomo-topograficzne tej okolicy dziś jednak są już dokładnie opisane i znane i w tej pracy je też podałem. Zdarzały się przypadki, że przetoki, mimo iż podczas operacyi nie obrażono odbytnicy, dopiero po pewnym czasie się wytworzyły. Może się to wydarzyć tylko wtenczas, jeżeli chirurg przy operacyi zanadto zbliżył się do przedniej ściany odbytnicy lub jeżeli założył sączek metalowy, jak to uczynił Horwitz.

Kto otwiera zasadniczo cewkę moczową przy operowaniu od krocza, ten może się doczekać przetoki moczowej, ale to samo zdarzyć się może operującemu przez pęcherz. Dotychczasowa statystyka nie dozwala na pewno rozstrzygnąć, po którym sposobie to się częściej zdarza. Zresztą dużo tu zależy od następowego leczenia. Kto zaś, jak ja, nie otwiera cewki moczowej, ten nie może doczekać się przetoki moczowej, chyba w wyjątkowych przypadkach przetoka następowo się wytworzy wtedy, jeżeli podczas operacyi zbytnio zbliżyliśmy się do cewki moczowej, zostawiając za cienki skrawek miąższu gruczołowego lub wcale żadnego. Przyznaję, że ta część operacyi przy moim sposobie jest trudna i wymaga znaczniejszej wprawy, ale z drugiej strony podnieść muszę, że ostatecznie te później powstające przetoki bez wszelkiego niebezpieczeństwa i trudności się goją, w żadnym razie nie trudniej, niż przetoki nadłonowe. Jeszcze rzadziej przetoki te późniejsze się pojawią, jeżeli wcześnie, pomiędzy 2—5 dniem po operacyi, usuniemy cewnik; w ostatnim czasie czynię to coraz wcześniej.



Ad 3. Moczocieku stałego (incontinentia urinae),

którywby po krótszym lub dłuższym czasie nie ustąpił, w moich przypadkach nie spostrzegałem. Mając na względzie stosunki anatomiczne, niepodobna zrozumieć, jakim sposobem miałby częściej powstawać stały moczociek po operacyi od krocza, niż po operacyi przez pęcherz, jeżeli przy ostatniej więcej cewkę nadwerężamy. Specyalnie przy moim sposobie operowania, gdzie cięcie prowadzimy w środku, więc jaknajmniej nerwów obrażamy, gdzie paski tkanki gruczołowej obok cewki pozostawiamy i gdzie cewki moczowej wcale nie otwieramy, wyłączoną jest rzeczą, żeby w ogóle stały moczociek mógł powstać.

Ad 4. Że zwężenia późniejsze częściej po operowaniu przez pęcherz powstają, niż po operacyach od krocza, przyznają nawet zwolennicy pierwszego sposobu, boć przy pierwszym sposobie znaczne kawały cewki moczowej całkowicie się wydziera. To niebezpieczeństwo wcale nie grozi po moim sposobie postępowania.

Ad 5. Co do upośledzenia czynności płciowych, to wszelkie dane statystyczne pod tym względem są bardzo niepewne. Przedewszystkiem nie wiemy, od czego upośledzenie to zależy. Samo uszkodzenie przewodu wytryskowego w zwykłych warunkach nie niszczy zdolności do spółkowania, wiemy o tem z dawniejszego doświadczenia po przecinaniu sznurków nasiennych. Zresztą znane są przypadki, gdzie nawet po obustronnem wytrzebieniu pozostała siła spółkowania: sam mam taki przypadek, długo obserwowany i bardzo pewny, bo odnoszący się do znajomego lekarza. Z pewnością przy moim sposobie operowania nie obrazimy częściej przewodu wytryskowego, niż przy postępowaniu przez pęcherz, a przeciwnie rzadziej, jak to wynika wprost z stosunków anatomicznych. Na kilkadziesiąt przypadków, dotychczas przezemnie operowanych, nie mam pewnych w tym względzie danych. W tej tak delikatnej sprawie nie można zawsze na pewno polegać na danych anamnestycznych, a najmniej w tych przypadkach, odnoszących się zwykle do późniejszego wieku: pewien rodzaj renomowania daje się tu tak samo wytłómaczyć, jak u myśliwych. Nareszcie nie możemy na pewno rozstrzygnąć, ile winy przypisać tutaj operacyi i uszkodzeniom pobocznym w jej przebiegu, a ile po prostu koniecznej przerwie po operacyi w tych czynnościach, które w tym wieku nieraz już tylko dzięki regularnemu wykonywaniu i niejako przyzwyczajeniu jeszcze się utrzymują.

Na podstawie danych anatomicznych, któremi prócz innych zajmował się i Motz, przyznać musimy, że nie potrzeba koniecznie częściej uszkadzać przewodu wytryskowego, operując od krocza, niż przy sposobie przez pęcherz. Mój sposób niewątpliwie najmniej naraża powrózek na niebezpieczeństwo, a więc i z tego względu najmniejsze przedstawia niebezpieczeństwo upośledzenia czynności płciowych. Większe jednak znaczenie przypisuję temu, że przy moim sposobie pozostawia się część miąższu gruczołowego. Wprawdzie nie znamy jeszcze dostatecznie i dość na pewno znaczenia wydzieliny sterczu, tyle zdaje się jednak nie ulega wątpliwości, że zewnętrzne wydzielania przyczynia się do żywotności plemników dzięki zawartości lecytyny (Haberen, Makai, Neusser), wewnętrzne wydzielanie zaś ma mieć wpływ na układ nerwowy: na wydzielanie jąder, siłę kurczenia ścian pęcherza i zwieraczy. Serralach i Pares twierdzą na podstawie swych doświadczeń na psach, że po utracie sterczu może wystąpić brak nasienia (aspermia). Rovsing z obawy przed złemi następstwami braku wewnętrznego wydzielania sterczu, w ogóle niechce wycinać sterczu, chyba że wszystkie inne sposoby zawiodły. Puig y. Sureda, Perearneau, Compan i Batrina przeciwnie nie przypisują wielkiego znaczenia lub wcale żadnego wewnętrznemu wydzielaniu sterczu. Za tem zdają się też przemawiać przypadki dotychczasowe. Zważyć jednak należy, że obecne niby to całkowite wyłuszczenie, w rzeczywistości pozostawia resztki torebki i jej przyległej tkanki, a nadto może przyszłość jednak wykaże złe skutki. Podobnie też po całkowitem wycinaniu wola przez długi czas nic nie wiedziano o złych następstwach, aż późniejsze doświadczenie wykazało je. Ja więc wolę na razie być ostrożnym, a nie sądzę, żeby po pozostawieniu tak małych skrawków, jak ja to czynię, częściej miały powstawać nawroty. Zresztą już dziś znane są przypadki, które przecież wskazują na złe skutki całkowitego wycięcia: Göbell (Zentr. f. Chir. 1910 pag. 575), wspomina o przypadku, gdzie po prostatektomii wystąpiła melancholia; Müller (tamże) zauważył wczesne i szybkie starzenie.

W końcu zająć się musimy pytaniem, jak się przedstawiają wyniki co do ostatecznego wyleczenia po jednym i drugim sposobie. Zwykle główną miarę oceny stanowi tu ilość moczu zalegającego. Wogóle panuje obecnie zdanie, że wyniki co do czynności są po operacyach przez pęcherz lepsze, niż od krocza. Freyer twierdzi, że wszyscy pozostający z jego operowanych przy życiu byli zupełnie i stale wyleczeni. Podobnie i Proust pisze, tak samo Zuckerkandl, Steiner, Franke, Thompson i i. Jeżeli jednak dokładniej w literaturze się rozpatrzymy, to nie trudno się przekonać, że zbyt wielki optymizm panuje u zwolenników operowania przez pęcherz. Naprzód należałoby, chcąc sprawiedliwie porównywać ostateczne wyniki po jednym i drugim sposobie, przedewszystkiem na niekorzyść sposobu operowania przez pęcherz zapisać liczbę wyrażającą plus śmiertelności po tym sposobie w porównaniu ze sposobem od krocza. Następnie nie trzebaby zupełnie zapominać o tych przypadkach, w których pozostały przetoki albo powstały zwężenia cewki lub wytworzyły się kamienie, co częściej się wydarza po operowaniu przez pęcherz, niż od krocza specyalnie moim sposobem.

Ile tu znaczy ogólnie panujący prąd i usposobienie i jak wpływa na sąd i przekonanie poszczególnych autorów, tego najlepszym dowodem jest zresztą bardzo dobra praca Mincera: operował on 22 przypadki, z tych jeden operowany zmarł właśnie po operowaniu przez pęcherz, a dalej u dwóch z pomiędzy nich powtórnie otworzyły się przetoki nadłonowe, wskutek czego zmuszeni byli używać cewnika. O jednym z tych chorych nie mam do dzisiaj żadnej wiadomości, drugi używa podczas każdego parcia na mocz cewnika do dnia dzisiejszego. Z pomiędzy siedmiu operowanych metodą Rydygiera żaden nie umarł i tylko jeden miewa 100 ctm.^{3} zaległego moczu, jakkolwiek obywa się bez cewnika«. Mimo to w końcowem resumé pisze Minzer dosłownie: »Odnośnie do powikłań pooperacyjnych należy zaznaczyć, że metoda Rydygiera naraża chorych na przetoki cewkowo-kroczowe, trudne do zagojenia; metoda zaś wewnątrz-pęcherzowa może wprawdzie dawać również przetoki nadłonowe, lecz te goją się łatwo«. To zda-

nie weszło do referatu w »Centrblt f. Chir.« jako wynik obserwacyi przypadków operowanych przez Mincera! Mniejsza o to, że powyżej wykazałem, iż po metodzie mej prawdziwie nigdy nie mogą powstać żadne przetoki, jeżeli ją się dokładnie wykona według mego przepisu, mniejsza dalej o to, że niezrozumiałą jest rzeczą, dlaczegoby przetoki cewkowe-kroczowe miały się przy odpowiedniem leczeniu następowem gorzej goić, niż nadłonowe, a w rzeczywistości przeciwnie powinnoby być, ale przecież spostrzeżenia właśnie Mincera nigdy i żadną miarą nie uprawniają do takiego wniosku, ale do wprost przeciwnego.

Może być, — i ja mam takie wrażenie —, że po operowaniu przez krocze później kilka lub kilkanaście cm³ moczu więcej zatrzymuje się w pęcherzu, ale ostatecznie małe różnice nie mogą tu rozstrzygać o wartości sposobu, jakkolwiek przyznaję, że większe różnice mają swoje znaczenie. Trudno tu jednak teraz już wydać ostateczny sąd w tym względzie, bo przecież też częstość powstawania późniejszych zwiężeń cewki moczowej, jakoteż i kamieni moczowych, ma wielką doniosłość przy rozstrzygnięciu pytania, który ze sposobów w mowie będących daje lepsze wyniki ostateczne i na stałe. Dane zaś statystyczne dotychczasowe nie wystarczają w tym kierunku wcale.

Jedno przyznać muszę, że mój sposób operowania jest trudniejszy, nietylko niż sposób Freyera, ale też niż sposób Albarrana, wymaga większej wprawy technicznej i dokładnej znajomości stosunków anatomo-topograficznych tej okolicy, ale tego wymagać możemy od każdego chirurga, wykonującego tak wielkie operacye. Za to śmiertelność jest stanowczo o połowę mniejsza, niż po metodzie Freyera, a wyniki ostateczne nie gorsze.

Z tego nie wynika i tego bynajmniej nie twierdzę, że należy wyłącznie tylko mój sposób stosować; przeciwnie są przypadki, w których operowanie z góry przez pęcherz lub od krocza z otwarciem przedwstępnem cewki moczowej jest wskazane. Do takich zaliczam przedewszystkiem te przypadki, w których obok przerostu sterczu mamy kamienie w pęcherzu. Także te rzadkie przypadki, w których tylko lub przeważnie średni płat uległ przerostowi, nadają się przedewszystkiem do operacyi Freyera lub też Albarrana. W przypadkach bardzo znacznego zakażenia i rozkładu w pęcherzu możnaby też operując od krocza skłonić się odrazu do umyślnego otwarcia cewki moczowej, ażeby w ten sposób skuteczniej zabezpieczyć i ułatwić odpływ, nigdy jednak w tych przypadkach nie ma wskazania do operowania od góry przez pęcherz.

Tak więc wszystkie trzy sposoby mogą i mają się uzupełniać, najczęstsze jednak zastosowanie powinien znaleść mój sposób operowania od krocza bez otwierania cewki moczowej i z pozostawieniem cienkiego paska miąższu gruczołowego po obu stronach cewki moczowej.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

W sprawie leczenia chorób wiewiórowych szczepionką.

Podał

Zdzisław Sowiński.

(Doniesienie tymczasowe [1]).

Pomysł leczenia chorób zakaźnych zapomocą szczepionek należy do angielskiego uczonego Wrighta. Co się tyczy stosowania szczepionki w sprawach wiewiórowych, to zagadnienie to obecnie pozostaje na razie w okresie badań i w różnych ogniskach naukowych na ten nowy sposób leczniczy istnieją rozmaite zapatrywania. Gdy w Niemczech i Francyi pojawia się na razie w sprawie leczenia wiewióra szczepionką mało jeszcze prac, to w Anglii i Ameryce sposób ten ma wielkie zastosowanie i piśmiennictwo jest dość obszerne. W Rosyi zajęcie się tą sprawą jest ledwie w zawiązku, wobec czego pozwolę sobie przytoczyć w krótkim zarysie wyniki, które otrzymałem, stosujac szczepionkę przy wiewiórowych zapaleniach cewki moczowej. Badania wykonałem wyłącznie u chorych mężczyzn w ambulatoryum kliniki chorób skórnych i wenerycznych Prof. T. P. Pawłowa, a tylko jeden przypadek dotyczył chorego z kliniki stałej.

Zanim przystąpię do streszczenia wyników moich badań, uważam za niezbędne zwrócić uwagę na warunki, w jakich badania te wykonywałem. Wszyscy chorzy, u których stosowałem szczepionkę, ani nie byli w tym czasie leczeni miejscowo, ani też nie zażywali żadnych środków wewnętrznych, z wyjątkiem chorych na zapalenie najądrza, u których stosowano okłady rozgrzewające. Do badań używałem zawsze szczepionki świeżo przygotowanej. Do badań nie używałem przypadków powikłanych lub ciężkich, przeciwnie dobierałem najprostsze, w których z łatwością można było stwierdzić obecność dwoinek wiewiórowych i kontrolować działanie szczepionki. Główny cel, który sobie wytknąłem przy badaniach, polegał na tem, ażeby przekonać się, czy rzeczywiście szczepionka wywiera działanie swoiste i czy zdoła ona niszczyć dwoinki wiewiórowe w ustroju człowieka.

Wszystkich badań dokonałem 35; zupełne wyleczenie nastąpiło tylko w 8 następujących przypadkach.

Przypadek 3. Chory od 2 miesięcy i 3 dni, po raz pierwszy. Wysięk z cewki dość znaczny; obecność dwoinek wiewiórowych stwierdzono. Po 8 wstrzyknięciach dwoinki znikły. Prócz tego zastosowałem jeszcze 2 wstrzyknięcia dodatkowe. Leczenie ciągnęło się od d. 9. II. do 14. IV. 1910 r.

Przyp. 7. Chory od 3 lat. Wysięk z cewki ropny. Dwoinki wiewiórowe w znacznej ilości. Już od roku chory zupełnie się nie leczy. W obydwu najądrzach nacieki dawnego pochodzenia. Po 11 wstrzyknięciach dwoinki znikły. Leczenie trwało od 10. II. aż do 20. IV. tegoż roku.

Przyp. 8. Chory od $1^1/_2$ mies. po raz pierwszy. Nie-

[1]) Rzecz wygłoszona na 11. Zjeździe im. Pirogowa na posiedzeniu połączonych oddziałów chorób skórnych i bakteryologii w d. 26. kwietnia st. st. 1910 r. w Petersburgu.

znaczny wysięk z cewki; dwoinki wiewiórowe w miernej ilości; zastosowałem 10 wstrzyknięć; dwoinki już po 8 wstrzyknięciach znikły. Leczenie ciągnęło się od 10. II. do 20. IV. t. r.

Przyp. 9. Chory od $1^3/_4$ mies., po raz pierwszy. Wysięk z cewki mierny, dwoinki wiewiórowe w znacznej ilości. Zastosowano 9 wstrzyknięć, po siódmem dwoinki znikły. Leczenie trwało od 14. II. do 14. IV. t. r.

Przyp. 10. Chory od $1^1/_2$ mies., po raz pierwszy. Wysięk z cewki nieobfity, gonokoki w znacznej ilości. Zrobiłem 8 wstrzyknięć; gonokoki znikły już po 7. Leczenie trwało od 14. II. do 20. IV.

Przyp. 24. Chory od $1^1/_2$ mies., po raz pierwszy. Wysięk z cewki nieznaczny. Lewe najądrze obrzękłe, bolesne przy dotykaniu. Gonokoki w znacznej ilości. Zastosowałem 10 wstrzyknięć. Najądrze prawidłowe, mocz zupełnie czysty, dwoinek wiewiórowych niema. Leczenie trwało od 27. X. do 7. XII. t. r.

Przyp. 29. Chory od $2^1/_2$ lat. W świeżo oddanym moczu kłaczki, gruczoł krokowy powiększony, przy miesieniu wydziela się gęsta mętna miazga, w której badanie drobnowidowe wykazało obecność dwoinek wiewiórowych w niewielkiej ilości. Stosowałem 7 wstrzyknięć szczepionki. Leczenie trwało od 22. XI. do 28. XII. t. r.; prócz tego jednocześnie miesiłem gruczoł krokowy i przepłukiwałem tylną część cewki rozczynem azotanu srebrowego $^1/_2{}^0/_0$—$1^1/_2{}^0/_0$. Nastąpiło zupełne uleczenie; dwoinek wiewiórowych nie było (badanie drogą bakteryologiczną).

Przyp. 31. Chory od 6 miesięcy. Wysięk nieznaczny. Gruczoł krokowy powiększony, przy naciśnięciu nań wydziela się w znacznej ilości gęsta ciecz mętna. Gonokoki w znacznej ilości. Zrobiłem 8 wstrzyknięć szczepionki; gonokoki znikły tak z cewki, jakoteż z gruczołu. Leczenie szczepionką trwało od 3. XI. do 20. XII. W dalszym ciągu leczenie zapalenia gruczołu krokowego prowadziłem zwykłymi sposobami.

We wszystkich wogóle wyżej wspomnianych przypadkach dokonałem tak badania gruczołu krokowego, jakoteż i badania wziernikiem (endoskop). Z pozostałych chorych część począłem leczyć zwykłymi sposobami, inni sami porzucili leczenie po 3—6 wstrzyknięciach. U tych wszystkich chorych stwierdzono jeszcze obecność gonokoków w wydzielinie z cewki moczowej.

Szczepionkę wstrzykiwałem pod skórę między łopatkami w różnych odstępach czasu, mniej więcej między 5. a 11. dniem, poczynając od 0,2, dochodziłem najwyżej do 1,5. Po każdem wstrzyknięciu zwykle ciepłota podnosiła się tego samego lub następnego dnia, sięgając zwykle 37,2—38,8° C. Co się tyczy wogóle przebiegu ciepłoty, to we wszystkich przypadkach, w których nastąpiło zupełne wyleczenie, podniesienie ciepłoty było nieznaczne. Zdawałoby się, iż znaczniejsze podniesienie się ciepłoty powinnoby wywierać zgubniejszy wpływ i na dwoinki wiewiórowe, pomimo jednak, iż u jednego z chorych po każdem wstrzyknięciu ciepłota dochodziła do 39—39,5, to przecież po 12 wstrzyknięciach gonokoki jeszcze nie znikły.

Co do zmian miejscowych — zaczerwienienia i bolu, to znikały one szybko (po 1—2 dobach), w niektórych zaś razach nie było ich zupełnie. Niektórzy chorzy skarżyli się (bardzo rzadko) na ból głowy i zawroty. Zdarzało się częstsze oddawanie moczu. Rżnięcie w cewce moczowej i nieprzyjemne uczucie w postaci n. p. palenia ustępowało już po 1—2 wstrzyknięciach. Należy jeszcze zwrócić szczególną uwagę na następującą okoliczność: wysięk ropny z cewki moczowej po każdem wstrzyknięciu szczepionki znacznie się zwiększał, jednak był znacznie rzadszym, a po upływie 2—3 dni zmniejszał się. Zjawisko to bylo stałe, powtarzało się zawsze po każdem wstrzyknięciu i zdaje się potwierdzać przypuszczenie, że szczepionka po wstrzyknięciu wywołuje u chorych zwiększony rozpad gonokoków, wobec czego tworzy się sama przez się gonotoksyna, która, jak wiadomo, wywiera miejscowe działanie ropotwórcze. Okoliczność ta może tłómaczyć zwiększenie wysięku.

Powiększone najądrza po 2—3 wstrzyknięciach malały, ból ustępował już po upływie paru dni zaraz po pierwszem wstrzyknięciu; takich spostrzeżeń miałem 9.

Stosowanie szczepionki w okresach jeszcze świeżych, w ostrym stanie zapalnym, uważane jest za bezcelowe. Szczepionka daje najlepsze wyniki w przypadkach przewlekłych spraw wiewiórowych. Nasuwa się tu pytanie, na czem polega ta sprawa przewlekła? Otóż, na to pytanie najlepszą odpowiedź dają nam badania doświadczalne. Jeżeli wstrzyknąć n. p. do jamy rogów macicznych królikom lub świnkom morskim gonotoksynę słabą, już pozbawioną własności ropotwórczych, to nie powstanie ognisko ropne (pyometra). Jeżeli zaś też samą gonotoksynę połączyć z jedną z następujących hodowli niejadowitych: gronkowca białego, prątka okrężnicy i prątka ropy błękitnej, które były o tyle już osłabione, że same przez się nie zdołałyby wywołać zapalenia ropnego, to po wstrzyknięciu takiej mieszaniny do jamy rogów macicznych królikom, tworzy się jednak ognisko ropne (pyometra). Również dawało się spostrzegać ropienie po wstrzyknięciu królikom osłabionych zupełnie już niejadowitych hodowli tychże drobnoustrojów do jamy rogów macicznych, do których przed 90—100 dniami wstrzykiwano gonotoksynę, (która bez wątpienia w swoim czasie wywołała w rogach ropienie, lecz w danej chwili już wygasłe). Otóż z wyników tych doświadczeń można wysnuć wniosek, że gonotoksyna, nawet pozbawiona własności ropotwórczych, w znacznej jednak mierze osłabia odporność tkanek i staje się czynnikiem, który sprzyja wzmaganiu się jadowitości tych hodowli.

Z drugiej znów strony badania te wyświetlają, jaki wpływ wywierają drobnoustroje ropotwórcze na tkanki, zmienione poprzednio przez działanie gonotoksyny.

A zatem przewlekłe sprawy wiewiórowe są wynikiem działania zakażenia mieszanego, jednocześnie i przez dwoinki wiewiórowe i przez drobnoustroje ropotwórcze, wobec czego należy przypuszczać, że jakkolwiek szczepionka zdoła zniszczyć w ustroju człowieka dwoinki wiewiórowe, to jednak dla zupełnego wyleczenia chorego w niektórych razach trzeba będzie skierować leczenie także przeciwko innym drobnoustrojom ropotwórczym, które, jak zaznaczyłem, są zdolne podtrzymywać sprawę ropną, wywołaną przez dwoinki wiewiórowe. Szczepionka więc nie zawiedzie, jeżeli uważać ją będziemy za środek tylko pomocniczy.

Poruszona przezemnie sprawa jest jeszcze nową i wymaga wszechstronnego zbadania warunków, w jakich szczepionka może okazać się pożyteczną. Pomimo to na podstawie wyników dotychczasowych moich badań, uważałbym szczepionkę gonokokową za środek, który wywiera korzystny wpływ na przebieg spraw wiewiórowych; w niektórych razach nawet szczepionka ta stanowczo zdoła

niszczyć dwoinki wiewiórowe w ustroju człowieka i w ten sposób doprowadzić do zupełnego wyleczenia. Wiadomo, jak bezbronni jesteśmy przy ostrych zapaleniach gruczołu krokowego, przy zmianach stawów, przy wiewiórowych zmianach oczu, w końcu przy ogólnem zakażeniu ustroju przez dwoinki wiewiórowe (t. zw. gonococcaemia). Wszystko to jeszcze raz uwydatnia wielkie znaczenie, jakie ma poruszona przezemnie sprawa, a zarazem zachęca do dalszych badań w tym kierunku.

Ciśnienie tętnicze (PD) u gruźliczych okresu pierwszego.

Podał

Seweryn Sterling.

Dające się metodami klinicznemi stwierdzić zmiany anatomiczne zbyt często nie wystarczają do rozpoznania — w okresie początkowym — i do rokowania we wszystkich okresach gruźlicy płuc. Stąd płynie potrzeba poszukiwania objawów współistniejących, wywołanych przez gruźlicę w budowie lub czynności innych narządów. Do takich należą objawy ze strony narządów krążenia.

Spadek ciśnienia krwi, zarówno jak względne przyspieszenie tętna (tachycardia relativa tuberculo-toxica) są objawami, mającymi w gruźlicy płuc wartość zarówno rozpoznawczą, jak i rokowniczą.

Ponieważ dyagnostyka czynnościowa układu naczyniowego nie zadowalnia się już określeniem ciśnienia (skurczowego) krwi, ale określić się stara w każdym przypadku jeszcze ciśnienie rozkurczowe, względnie ciśnienie tętnicze, przeto tą metodą zbadałem stu chorych w okresie pierwszym gruźlicy płuc.

Przy tych badaniach posługiwałem się sfigmomanometrem Riva-Rocciego, z mankietem szerokim Recklinghausena; stosowałem metodę palpacyjną, mianowicie metodę Ehreta (uciskanie tętnicy łokciowej). Palpacya tętnicy łokciowej łatwiej pozwala na określenie chwili, odpowiadającej ciśnieniu rozkurczowemu, aniżeli palpacya tętnicy promieniowej, ponieważ tę chwilę zwiastuje o wiele wybitniejsza zmiana we wstrząśnieniu ścianki tętniczej. Zarazem wymaga jednak palpacya tętnicy łokciowej znaczniejszego wysiłku umysłowego (napięcia uwagi) ze strony badającego; parę kolejno wykonanych pomiarów bardzo męczy. Dodam, że w kilkunastu przypadkach — na sto trzydzieści siedem badań — nie udało mi się wogóle określić ciśnienia rozkurczowego w tętnicy łokciowej.

Każdy przypadek uwzględniony w moich wnioskach był — conajmniej — trzykrotnie metodą sfigmograficzną badany. Cyfry ostateczne nie są jednak średnią z kilku pomiarów; u bardzo wielu chorych pierwsze badania wywołały stan afektu (strach oczekiwania czegoś niezwykłego), który »à priori« odbierał wartość otrzymanym cyfrom. Mniej ta przeszkoda dawała się odczuwać w szpitalu, kiedy chory badany był już świadkiem badań podobnych, więcej — przy badaniu chorych prywatnych.

Rozpoznanie gruźlicy było we wszystkich przypadkach niewątpliwe. Były to wszystko przypadki niepowikłanej gruźlicy okresu pierwszego. Dodać winienem, że uznaję kliniczną, jak ją podaje A. Sokołowski, a nie anatomiczną (Turban-Gerhardt) klasyfikacyę gruźlicy płuc; dlatego pominąłem w tem zestawieniu przypadki z małemi zmianami opukowemi i osłuchowemi, o ile im towarzyszyły wybitniejsze objawy tuberkulo-toksyczne; takich przypadków nie zaliczam już do gruźlicy rozpoczynającej się (tuberculosis incipiens), jeno do rozwiniętej (tuberculosis declarata).

Wyniki moich pomiarów tak się przedstawiają:

Ciśnienie	skurczowe (Mx)	było podwyższone *) . .	u	2	chor.
»	»	» w granicach normy	»	89	»
»	»	» obniżone	»	9	»
»	rozkurczowe (Mn)	» powyżej normy. .	»	84	»
»	»	» w granicach normy	»	16	»
»	»	» obniżone	»	0	»

Ciśnienie tętnicze (PD) leżało niżej normy u 78 chorych, wahając się w granicach od 10 mm do 25 mm Hg; ani jeden z tych przypadków nie tyczy się chorego z obniżonem ciśnieniem skurczowem.

W pierwszym więc okresie niepowikłanej gruźlicy płuc ciśnienie skurczowe u większości chorych jest prawidłowe; nie są tu jeszcze czynne te swoiste czynniki toksyczne, które w dalszym przebiegu gruźlicy (lub — w przypadkach złośliwych — już od początku) ciśnienie obniżają, wpływając ujemnie bądź na siłę skurczową serca, bądź rozluźniając napięcie naczyń. Działają tu — jak sądzę — czynniki tamtym przeciwne, podnoszące ciśnienie rozkurczowe; ponieważ to ciśnienie rozkurczowe jest właściwie ciśnieniem panującem stale w układzie naczyniowym, przeto wzmożenie ciśnienia skurczowego w pierwszym okresie gruźlicy jest wyrazem zwiększonego oporu naczyń, względnie ich skurczu, pod wpływem czynnika toksycznego, w tym okresie choroby z ogniska chorobnego do krwi wchłanianego.

Dane przezemnie otrzymane nie dają się porównać z otrzymanemi przez innych badaczy; ciśnienie rozkurczowe w przebiegu gruźlicy płuc mało dotąd wogóle było badane (Levy, Stanton, W. Janowski), a podane cyfry tyczą się gruźlicy wszystkich okresów, przeważnie gruźlicy rozwiniętej.

Jakkolwiek w moich badaniach ciśnienie tętnicze u gruźliczych okazało się niższem — na ogół — od prawidłowego, przyczyną tego nie jest tak często w gruźlicy rozwiniętej napotykane obniżenie ciśnienia skurczowego; stanowi to dowód, że w pierwszym okresie gruźlicy płuc w ognisku chorobnem wytwarzają się ciała chemiczne kurczące naczynia.

Piśmiennictwo: 1) W. Janowski. Ciśnienie krwi, prawdziwa wielkość tętna, oraz szybkość tętna w różnych stanach chorobowych. »Przegląd lekarski« 1907. — 2) W. Janowski. Prace Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Współczesne metody badania serca. Warszawa 1910. — 3) Levy. Blutdruckmessung an Tuberkulösen. Brauers Beiträge 1905. — 4) A. Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Tom III. — 5) Stanton. Blood pressure in tuberculosis. Internat. Clinics Tom III. 1907 .Refer. Internat. Centralbl. für die gesamte Tuberculose-Forschung 1908. Str. 144.

*) Za normę przyjąłem podane przez W. Janowskiego wahania Mx w granicach 90 mm do 120 mm Hg.; wahania Mm. od 58 do 80 mm Hg. (ciśnienia tętniczego (PD) w granicach 22 do 40 mm Hg).

O trudnościach rozpoznawczych w ginekologii.

Podał

Heliodor Święcicki.

Im ginekolog dłużej zajmuje się swą specyalnością, tem więcej przychodzi do przekonania, że rozpoznawanie ginekologiczne nie zawsze łatwą jest sprawą. I gdyby lekarze wszystkie te przypadki, w których rozpoznanie było trudne, czasami niemożliwe, a nieraz wprost błędne, do szerszej podawali wiadomości, słuszność twierdzenia tego temby bardziej się uwidoczniła.

Aby rozpoznanie w ginekologii było dokładne i sumienne, należy w każdym poszczególnym przypadku mieć na uwadze doniosłe znaczenie dokładnych wywiadów, nigdy nie należy z góry czynić rozpoznania, przy badaniu trzeba, o ile możności, zbadać cały ustrój chorej, nigdy nie brać objawów za rozpoznanie i baczyć na to, aby wykryć rzeczywistą przyczynę choroby, patrzyć na nią ze stanowiska anatomiczno-patologicznego.

Ze względu na zakreślone przez Redakcyę niniejszemu zeszytowi »Przeglądu Lekarskiego« ramy, przejdę w krótkim tylko zarysie pojedyncze rozpoznania ginekologiczne z uwzględnieniem tych stanów chorobowych, które przy rozpoznaniu wypada brać w rachubę. Warto przytem zaznaczyć, że ginekologowi prawie zawsze o to chodzić powinno, aby mógł pozytywny wyczuwalny wynik badania dobrze i prawdziwie sobie wytłómaczyć. Na podmiotowo błędnem ocenianiu przedmiotowego wyniku badania, polegają prawie zawsze różnorodne błędy rozpoznawcze. Tak n. p. stwierdzenie wielkiego oporu w jamie brzusznej możnaby tłómaczyć sobie istnieniem nowotworu n. p. mięśniaka. A jednak to samo wyczuwanie wielkiego oporu zauważymy także przy otorbionym wysięku otrzewnej.

Przy rozpoznawaniu mięśniaka macicy wyłączyć należy torbielak jajnikowy, wysięk, krwistek zamaciczny, krwiak międzylistkowy, ropniak jajowodu, niedokształt macicy w jej dnie przy nadmiernym rozwoju jednego z rogów macicy, wreszcie guzy więzadła obłego.

Mięśniaki śródścienne mogą czasami sprawiać wrażenie ciąży lub przewlekłego zapalenia macicy, mięśniaki zaś podśluzowe wyczuwa się nieraz jak mięśniaki śródścienne. Nadto zauważyłem w mej praktyce przypadki mięśniaków podśluzowych macicy, które w pierwszej chwili badania także sprawiały wrażenie przewlekłego zapalenia macicy, wysięku okołomacicznego, inne znów zdawały się przedstawiać tak zwane szyjkowe poronienie w drugim miesiącu. Także wynicowanie macicy, guzy części pochwowej lub pochwy uważałby może niejeden początkowo za mięśniaki.

Wynik badania wyczuwalnego nie jest tedy przy rozpoznaniu mięśniaka ostatecznie wystarczający, chyba jedynie tylko w zwykłych, łatwych do rozpoznania przypadkach. Zadaniem wywiadowych rozumowań albo dłuższej klinicznej lub ambulatoryjnej obserwacyi będzie wykazanie względnie wyłączenie stanu zapalnego. Powstawanie guza wśród podwyższenia ciepłoty i wielkich bolów przemawiać będzie przeciw istnieniu mięśniaka. Ciąża zewnątrzmaciczna daje tak typowy co do wywiadów obraz chorobowy, że przy rozpoznaniu różniczkowem nie trudnoby było ściśle ją odróżnić.

Torbielaki jajnika mogą przy badaniu takie dawać wyniki wyczuwalne, że przemawiaćby one mogły za zapaleniem jajników lub za mięśniakami macicy. Zbitość guza nie zawsze o tem świadczy, czy zachodzi torbielak jajnikowy, czy mięśniak. Tak np. torbielowato zwyrodniałe mięśniaki wyczuwać się może zupełnie tak, jak torbielaki jajnika. W tych razach badanie macicy zgłębnikiem ułatwi rozpoznanie.

Przy rozpoznawaniu torbielaka międzylistkowego jajnika wyłączyć wypada krwiak jajowodowy, puchlinę jajowodu i krwistek zamaciczny. Rozpoznanie międzylistkowego torbielaka jajnika dlatego nie jest tak łatwe, ponieważ pokrycie torbielaka tkanką łączną i otrzewną zmienia wynik wymacalny guza. Nadto trudno doszukać się w tych razach połączenia torbielaka z macicą.

Na jedno jeszcze zwrócę uwagę. Mogłoby się zdarzyć, że rozszerzony pęcherzyk żółciowy sprawi wrażenie torbielaczka jajnikowego, mianowicie przy powiększeniu i obniżeniu wątroby. Rozpoznawczym szczegółem byłoby w takim razie przesunięcie oddechowe.

Także rak jelita mógłby sprawić wrażenie torbielaka jajnika. Wypuk, kształt okrągławy, łączność z macicą — tę niepewność usunie. Łączność guza jajnika z macicą jest rzeczą dla rozpoznania niezmiernie ważną. A nie zawsze łatwe jest wyczuwanie połączenia torbielaka z macicą. W tych razach dobre usługi oddaje metoda B. S. Schultzego, polegająca na tem, że równocześnie dwie osoby unoszą guz. Jedna obejmuje rękoma torbielak, podnosi go ku górze, a badający stara się w tym czasie lewą ręką dostać się pod guz, prawą zaś ręką szuka przez pochwę połączenia torbielaka z macicą. Asystujący porusza przytem guz ku górze, ku dołowi, ku prawej i lewej stronie. Przy rozpoznaniu różniczkowem torbielaka jajnika należy także wyłączyć ropniaka nerki, wodonercze, bąblowca nerki, nerkę torbielowatą, raka nerki, nowotwory zaotrzewnych gruczołów chłonnych i otorbiony wysięk otrzewny.

Zdarza się czasami, że wrzekomy torbielak jajnika przy drugiem badaniu zniknął. W praktyce poliklinicznej, w której może jeden lekarz niedawno temu wyczuwał wyraźnie wielki, miękki guz, lekarz inny teraz nic więcej nie znajdzie, jak wolny wysięk w jamie brzusznej. Co się stało? Otorbiony wysięk otrzewnej pękł i płyn rozlał się bez szkody dla chorej w jamie brzusznej. W taki sposób znikają »guzy«, zanim przystąpiono do ich operowania.

Jakie trudności sprawić może rozpoznanie torbielaka jajnika, dowodzi przypadek Winckla, w którym zamiast rozpoznanego torbielaka jajnika z przysadką, a mającego znajdować się przez okręcenie szypułki w stanie zapalnym, przy laparotomii znaleziono podwójną macicę, krwiak maciczny i krwiak jajowodu. Pawlik rozpoznał torbielaka jajnika w przypadku, w którym był nowotwór nerki i nadnercza. Także Barth zrobił podobnie błędne rozpoznanie, choć nawet poprzednio czynnościowe badanie obu nerek równie wysokie dawało wartości.

Ropniaki jajowodu mogą przez wyczuwanie dawać takie wyniki, że możnaby myśleć w tych razach o istnieniu mięśniaka podsurowiczego szypułkowatego, wy-

sięku, krwisteku zamacicznego, ciąży jajowodowej, zapalenia wyrostka robaczkowego lub zapalenia okątniczego. Mianowicie tam, gdzie guzy wskutek okręcenia szypułki lub mechanicznego podrażnienia otrzewnej zlepiły się z pętlami jelit i ścianą miednicy, niemałą staje się trudnością takie stany chorobowe odróżnić od zapaleń przydatków. Wynik wyczuwania jest bowiem w obu razach jeden i ten sam, ponieważ powstałe zlepy są sobie tutaj podobne.

Przy wyczuwaniu ropniaków i krwiaków jajowodu, niemniej przy ciąży jajowodowej, zachować należy wielką ostrożność, by cienka ściana jajowodu nie pękła. Także mogłyby przy zbyt silnem badaniu i wymacywaniu rozluźnić się wytworzone już zlepy i spowodować krwawienie wewnętrzne.

Anatomiczne stosunki jajowodu prawego i wyrostka robaczkowego nakazują przy rozpoznaniu o nich pamiętać, gdyż wskazują one na możliwość zależności zapalenia wyrostka robaczkowego od zajęcia jajowodu i jajnika, oraz dają możliwość powstania powikłań chorobowych.

Doniosłego znaczenia jest przytem umieć rozróżnić pierwotne zachorzenie przydatków od zachorzenia wyrostka, ponieważ leczenie w obu chorobach będzie różne. Ból wyczuwany ponad wyrostkiem i przydatkami jest zwykle ten sam, bo polega na nadmiernej wrażliwości skóry na ból i bolesnem napięciu mięśni pod skórą. James Mackenzie nazywa ból ten odruchem trzewnoczuciowym i tak go tłómaczy: Chory wyrostek lub chory jajowód drażni nerw współczulny. To podrażnienie udziela się ośrodkowi nerwu w rdzeniu, rozszerza się ono na sąsiednie komórki czuciowe i ruchowe i pobudza je do czynności. Skoro komórka nerwu bólowego została w ten sposób podrażniona, powstaje ból, który przez mózg przenosi się na obwodowe rozgałęzienie nerwu w odpowiednie części skóry. Podrażnienie komórek nerwu ruchowego wywołuje napięcie odpowiednich włókien mięśniowych. Skoro podrażnienie, czy to ze strony wyrostka, czy ze strony jajowodu i t. d. nie ustaje, wytwarza się nieustanna w owem miejscu przeczulica skóry, która więc pośrednio tylko spowodowana jest przez właściwą chorobę. Umyślnie o sprawie tej obszerniej tutaj wspominam, bo dziełko znakomitego angielskiego klinicysty: »O symptomach i ich tłomaczeniu« prawie wcale u nas nie jest znane, a jednak dla całej medycyny doniosłego jest znaczenia. Niejeden objaw chorobowy przedstawia się w dziełku tem w zupełnie innem, niż dotąd świetle!

Zwrócić mi jeszcze wypada uwagę na możliwość rozpoznania gruźlicy przydatków. Oto Kroenig postawił na ostatnim Zjeździe ginekologicznym w Monachium tezę tej treści: Brak hyperleukocytozy krwi przemawia przy zajęciach przydatków, połączonych z gorączką, za gruźlicą przydatków.

Rozpoznanie raka macicy o tyle nie jest zbyt trudne, że w danym razie zbadanie pod drobnowidem wyskrobanej błony śluzowej może dać nam ścisłe rozpoznanie, gdyby innych danych, jak krwawienia po spółkowaniu, nieregularnych krwawień macicznych, cuchnących wydzielin, złego wyglądania itd. jeszcze nie było. Ale i w przypadkach mikroskopowo badanych mogą dość często zachodzić błędy. Obraz mikroskopowy przy rozpoczynającym się raku macicy jest często niezupełnie wyraźny. Należy wówczas ostateczną decyzyę na dalszą odsunąć metę, ale przytem bynajmniej chorej nie mówić, że niebezpieczeństwa niema. Należy ją dalej klinicznie obserwować i po niejakim czasie znów wyskrobane cząstki pod mikroskopem badać.

Nieraz trudno bez badania drobnowidowego orzec, czy w danym przypadku zachodzi rak lub mięsak. Jedynie mięsakowe polipy szyjki macicznej nietrudno rozpoznać po ich charakterystycznej miękkiej zbitości i skłonności do szybkiego rozrostu i bujania. Gronowaty mięsak szyjki macicznej podobne sprawiać może wrażenie przy obmacaniu, jak zaśniad.

Niełatwą jest często rzeczą rozpoznać raka części pochwowej, bo należy tutaj mieć na uwadze możliwość objawów trzeciorzędnej kiły lub możliwość gruźlicy. Zdaniem Uleśko Stroganowej (na zeszłorocznym Zjeździe w Petersburgu) jest wczesne rozpoznanie raka o tyle utrudnione, że zdarza się atypowy nierakowaty rozwój nabłonka. Takie nietypowe bujania nabłonka wytworzyć się mogą pod wpływem różnych podrażnień, jak np. przy wiewiórze, kile, gruźlicy itd. Pani Stroganowa spostrzegała przypadki, w których po dokładnem badaniu mikroskopówem rozpoznano raka części pochwowej macicy. Z powodów zupełnie przypadkowych odroczyć musiano operacyę na czas późniejszy. I co się okazało? Oto po wyjęciu macicy sprawa chorobowa znajdowała się teraz makroskopowo i mikroskopowo na drodze do zupełnego wyleczenia! Stroganowa, która na polu mikroskopowem od lat już wielu słuszną cieszy się powagą, domaga się, aby w tych przypadkach, w których zachodzi podrażnienie nabłonka wskutek wiewióra, nadżerek, gruźlicy, kiły i gdzie wytworzyło się nietypowe bujanie nabłonka, chore wpierw postawić w lepsze warunki odżywiania i starać się przy odpowiedniem leczeniu podrażnienie w ten sposób usunąć. Później nie będzie rzeczą trudną módz orzec, czy zachodził rzekomy czy rzeczywisty rak.

Mówiąc o raku, wspomnieć tutaj należy o złośliwym nabłoniaku kosmówki, który wywołuje podobne nieregularne krwotoki, jak rak. Ścisłe wywiady o przebytym poprzednio porodzie ułatwią dokładne rozpoznanie. Jeżeli zachodził zaśniad, to nawet i bez badania mikroskopowego rozpoznanie jest możliwe. Warto tutaj nadmienić, że kobiety, które przechodziły poronienia zaśniadowe, powinny o tem pamiętać, aby, jeżeli tylko pokażą się krwawienia maciczne, natychmiast zasięgnąć pomocy i porady lekarza. Zapominać też nie należy, że nabłoniak kosmówki sprawiać może wrażenie ciąży.

Rozpoznanie ciąży w pierwszej jej połowie nie zawsze jest łatwe. Zachodzićby mogły w tych razach przewlekłe zapalenie macicy, mięśniak, krwiak macicy lub ciąża zewnątrzmaciczna. W drugiej połowie ciąży baczyć należy na takie możliwości, jak puchlina brzuszna, bębnica, mięśniak macicy, guz nowotworowy jajnika, daleko już posunięta ciąża zamaciczna. Stwierdzając przy osłuchiwaniu szmery naczyniowe, pamiętać nie zaszkodzi, że zachodzić one mogą nietylko w ciąży, ale i w większej części mięśniaków, a nawet nieraz w torbielakach jajnika. Nawet w niektórych zachorzeniach śledziony, przy niedomodze tętnicy głównej, niedomykalności zastawki trójdzielnej (skur-

czowe zwiększenie objętości wątroby czyli jej tętnienie) zauważyć można szmery naczyniowe.

Przy rozpoznawaniu ciąży zewnątrzmacicznej wyłączyć należy ciążę prawidłową, mianowicie przy tak zwanej macicy siodełkowatej wskutek niezupełnego złączenia się przewodów Müllera, również baczyć trzeba na możliwość istnienia równocześnie ciąży zewnątrzmacicznej i wewnątrzmacicznej. Nasz Neugebauer zebrał do r. 1904 z literatury aż 155 przypadków tego rodzaju. Dalej wchodzą przy rozpoznaniu różniczkowem jeszcze w rachubę krwotok śródbrzuszny wskutek pęknięcia jelit, wewnątrzmaciczna ciąża z zajęciem chorobowem przydatków, zapalenie wyrostka robaczkowego, krwistek zamaciczny, tyłozgięta macica ciężarna, ciąża śródścienna i stany zapalne przydatków. Z chwilą, gdy odejdzie błona doczesna, rozpoznanie staje się naturalnie odrazu jasne. Odejście doczesnej bywa zwykle albo przeoczone, albo uważa je akuszerka lub otoczenie chorej za poronienie. Donosi się natenczas lekarzowi, że poronienie już się odbyło. Należy zawsze o tem pamiętać, że wywiady, przemawiające za poronieniem, przemawiać mogą taksamo za poronieniem jajowodowem, jeżeli odejście doczesnej identyfikuje się z odejściem płodu. O takiem błędnem utożsamieniu trzeba zawsze pamiętać, skoro zachodzą powikłania z rzekomem poronieniem przy braku większych wzniesień się ciepłoty.

Zachodzić mogą także i takie przypadki, w których zdawało się, że chodzi o ciążę zewnątrzmaciczną, a operacya wykazała gruźlicze zajęcie otrzewnej lub jej zlepne zapalenie.

W czasie połogowym zauważyć można w dłuższej praktyce raz po raz przypadki, sprawiające wrażenie zapalenia płuc, gdy natomiast zachodzi zawał płucny wskutek zakaźnych skrzepów żylnych. Przy rozpoznawaniu gorączki połogowej należy pamiętać o możliwości ostrego wiewiórowego stanu zapalnego w narządzie rodnym z skłonnością posuwania się zakażenia wyżej nawet poza macicę. Chora taka sprawia wrażenie, że chora na ciężką posocznicę, rokowanie wydawać się będzie złe, a oto już po kilku dniach gorączka opada, wygląd ogólny staje się lepszy i alarmujące objawy znikają. Także przy rozpoznaniu gorączki połogowej wyłączyć należy ostre gruźlicze prosowate zapalenie. Sprawa to do rozpoznania niełatwa, bo i typ gorączki, tętno, zwiększenie śledziony, objawy nerwowe mogą w jednym i drugim przypadku być wielce do siebie podobne.

Przy rozpoznawaniu wysięku przymacicznego i okołomacicznego wchodzą w grę następujące możliwości rozpoznawcze: mięśniak podsurowiczy, wysięk wewnątrzotrzewny i krwiak w tkance łącznej. Wyczuwanie przy badaniu tkanki łącznej miedniczej nacieków guzkowatych lub powrózkowatych naprowadzić powinno lekarza na myśl o raku jajnika, macicy, pęcherza lub odbytnicy.

Przy rozpoznawaniu zapalenia otrzewnej trzeba mieć na uwadze ciążę jajowodową, w której nastąpiło pęknięcie jajowodu i gruźlicę prosowatą. Za zapaleniem otrzewnej przemawia podmiotowe uczucie bolu, gorączka, wymioty, odruchowe napięcie powłok brzusznych.

Takiego napięcia ścian brzusznych nie zauważa się w zapaleniach wiewiórowych i zapaleniach surowiczych otrzewnej. Tętno nitkowate i wzdęcie występują dopiero w dalszym rozwoju zapalenia otrzewnej.

Wykazawszy »à vol d'oiseau« różne możliwości, jakie przy rozpoznaniu ginekologicznem mogą zachodzić, jestem zdania, że nieraz mimo wielkiej nawet ostrożności i skrupulatności w badaniu trudno uchronić się od błędnej dyagnozy. Tem też więcej należy każdy poszczególny przypadek badać ogólnie i specyalnie, starać się przekonać, czy objawy chorobowe odpowiadają cierpieniu miejscowemu, niezapominając przytem nigdy o potrzebie dokładnych wywiadów.

Badania hematologiczne, które przed kilku laty zdawały się ułatwiać nam w wielu razach rozpoznanie, z małymi wyjątkami dotąd jeszcze nie mają większego znaczenia rozpoznawczego.

Nawet w przypadkach, w których chodzi tylko o pytanie, czy wytworzyła się w tym lub owym narządzie ropa, badania krwi nie dają nam ścisłej i pewnej odpowiedzi.

Wiedza nasza jest — bądźmy szczerzy — łataniną. Błądzić każdy z nas będzie, choćby miał i doświadczenia nie mało i wiele materyału klinicznego. O ile tedy wyrozumieć i uniewinnić należy lekarza, który w małem mieście wśród nawału różnorodnych zajęć lekarskich już po jednorazowem badaniu ma poznać chorobę i przepisać odpowiednie środki lecznicze.

Cóż tedy robić? Starajmy się o to, aby, o ile to w naszej tylko mocy, unikać błędnych rozpoznań przez dokładność badania i ocenę cierpienia ze stanowiska anatomicznopatologicznego. A przytem niechaj nikt z nas nie potrzebuje o sobie powiedzieć, że przez niedokładne lub, co gorsza, niesumienne badanie chorobę rozpoznał błędnie. Zaufanie chorej i wiarę w nas odpłaćmy przynajmniej dobrem rozpoznaniem.

Katedra i Zakład antropologii na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Napisał

J. Talko-Hryncewicz.

Pamięci Izydora Kopernickiego w 20. rocznicę Jego śmierci poświęca autor.

W roku jubileuszowym najstarszego polskiego tygodnika lekarskiego przybywa Uniwersytetowi krakowskiemu nowy Zakład antropologiczny. Fakt ten zaznaczam tem chętniej, że rozwój antropologii u nas łączy się ściśle z imionami mężów tej miary, jak Józef Majer, Izydor Kopernicki, z których pierwszy należał do założycieli »Przeglądu lekarskiego«, a którzy wogóle położyli niemało zasług dla rozwoju piśmiennictwa lekarskiego.

Otwarcie zakładu antropologicznego jest zdarzeniem doniosłem w dziejach rozwoju naszej Almae Matris; wiedza korzystających z zakładu słuchaczy stanie się bardziej zakończoną, a obok studyów nad światem przyrody i człowiekiem chorym będzie badany człowiek w stanie zdrowia ze swemi odrębnościami fizycznej i duchowej natury, jako oddzielna jednostka świata zwierzęcego, co w przyszłości

pogłębić może wykształcenie zawodowe nietylko medyków i przyrodników, lecz także humanistów i prawników. Ze względu więc na znaczenie, jakie posiada utworzenie na Uniwersytecie stałej katedry i zakładu antropologii, podaję krótką historyczną notatkę o ich rozwoju, z zaznaczeniem działalności tych jednostek, które wniosły pewną część swej pracy do historyi naturalnej człowieka.

Najprzód nie można nie wspomnieć w porządku chronologicznym bezimiennego autora z XIII w., przezwanego Dzierzwą, lub Mierzwą, który opierając się na kronikach Wincentego Kadłubka i Mateusza herbu Cholewa, biskupa krakowskiego, kreśli historyę Polski i narodów słowiańskich od stworzenia świata; nadając Lechitom przodków nieznanych, stara się ten autor odtworzyć przedhistoryczne dzieje Polski; nie wytrzymują one oczywiście współczesnej krytyki naukowej, lecz są pierwszymi krokami na tej drodze.

W wieku złotym, kiedy Uniwersytet Jagielloński brał wybitny udział w ruchu umysłowym Europy, byli w nim i tacy, którzy interesowali się studyami nad człowiekiem. Tu w Krakowie w XV w. nauczał Jan z Głogowa, prof. Jagiellońskiej Akademii, (ur. na Śląsku, zm. 1507 r.). Słynął on jako teolog, matematyk, fizyolog i filozof, oddawał się astrologii, był wielkim zwolennikiem chiromancyi, choć w Polsce i w zachodniej Europie był bardziej znany jako autor filozofii scholastycznej, a obok tego przypisywano mu później położenie podwalin kranioskopii. Chociaż ówczesna kranioskopia, zasadzająca się jedynie na samowolnych przypuszczeniach, nie stanowi wiedzy ścisłej, nie mniej wiele poglądów Głogowczyka z zakresu psychologii, wyróżniających się głębokością myśli, wsławiły jego imię. W dziele, poświęconem fizyonomice, kreśli on zasadę swej nauki i stara się z kształtów zewnętrznych czaszki odgadywać zdolności duchowe. U żywych starał się on z wyrazu twarzy, ruchów, głosu i t. d. wysnuwać wyioski o umysłowych i duchowych zdolnościach i skłonnościach do pewnych chorób. Głogowczyk należał do tych wybitnych ludzi, którzy za życia doznali wiele cierpień i lekceważenia; dopiero po śmierci kronikarze starali się mu to wynagrodzić sowicie. Starowolski, a po nim Janicki podają go jako najsławniejszego z uczonych naszych. Późniejsze krytyczne badania historyka Michała Wiśniewskiego i Józefa Majera zdjęły z niego część laurów sławy narodowej, a Kopernicki poddał ocenie krytycznej dzieła Głogowczyka w r. 1870, a w szczególności »Questiones librorum de anima«. Jest to obszerny traktat o psychologii, osnuty na dziełach Arystotelesa, przeplatany scholastyką. Głogowczyk był pierwszym i najgorliwszym w Polsce szerzycielem nauki tego filozofa greckiego. Zasługą jednak naszego autora pozostanie, że w sądach swych nie był zależny od niego, walcząc z krępującymi go więzami scholastyki. Głogowczyk wypowiadał śmiałe na owe czasy myśli o zmysłach, dotykaniu, smaku, świetle i dźwięku, nie hołdując ślepo mistrzowi i opierając swe spostrzeżenia na anatomii i fizyologii, położył tem niespożyte zasługi, większe, niż pracami z zakresu frenologii. Niemały wzbudza podziw, kiedy mówi o władzach duszy. o rozumie, wyobraźni i pamięci, przewyższając późniejszych średniowiecznych filozofów. Za siedlisko władz duszy przyjmuje on, idąc za Galenem, Avicenną i Mondinim, mózg, a nie serce, jak to czynili późniejsi średniowieczni filozofowie idąc za Arystotelesem, co pozostanie niezapomnianą zasługą naszego uczonego. Przyjąwszy siedlisko zmysłów zewnętrznych narządów w mózgu, ułożył Głogowczyk system frenologiczny i z tych samych co i on źródeł — powiada Kopernicki — czerpali późniejsi pisarze, nie znając wcale Głogowczyka, wypowiadając zdania o siedlisku władz duszy. Nie był więc on wynalazcą frenologii, a tylko ścisłym tłómaczem poglądów psychologicznych. Rysunek, na którym to przedstawił, choć nie jest pierwszym, lecz jest oryginalnym własnego jego pomysłu utworem. Nie przeceniając zasług Głogowczyka, musimy go jednak uznać za pierwszego z Polaków, kroczącego po drodze, wiodącej do historyi naturalnej człowieka.

Wkrótce po jego śmierci przychodzi na świat Józef Struś (1510, zm. 1568), którego współcześni nazywają najznakomitszym lekarzem Odrodzenia. Przyczynia się on nietylko do zwiększenia naszych wiadomości anatomicznych, lecz przez wprowadzenie wiwisekcyi zwierząt bada pierwszy procesy fizyologiczne. Może on zająć miejsce obok współczesnego mu wielkiego lekarza Andrzeja Vesaliusza (1513, zm. 1564), pierwszego, który zaczął wykonywać sekcye zmarłych. Galen (ur. w r. 131, zm. 201) wobec silnych przesądów mógł dokonywać sekcyi tylko na małpach, Vesaliusz i Struś, obalając wiele twierdzeń Galena, panujących w anatomii niepodzielnie przez $1^1/_2$ tysiąca lat, stanowią zarazem epokę w rozwoju nauki o człowieku. Po nich zaległa martwota w nauce, duch ludzki na całe trzy wieki pogrąża się w kontemplacyach metafizycznych, aż do XIX w., w którym zbudziła go ze snu teorya Lamarcka-Darwina, określająca stanowisko człowieka w przyrodzie i jego stosunek do innych zwierząt, a będąca bodźcem do dalszego rozwoju nauki o człowieku. Niezależnie od prac badawczych przyrodników na zachodzie, odzywa się głos wielkiego lekarza-myśliciela z Aten litewskich, Jędrzeja Śniadeckiego, który w swej »Teoryi jestestw organicznych« T. II. str. 35—36. (Wilno 1811 r.) wykazuje konieczność badania człowieka, a słowa te, przed przeszło stu laty wypowiedziane, zdają się być określeniem zadań współczesnej antropologii: »Lecz bez względu nawet na miejsce, które człowiek w łańcuchu jestestw organicznych zajmuje, w wielu jeszcze widokach uważany być może. Nauka zaś poświęcająca się jego uwadze powinna obejmować wszystkie podobne względy; powinna zająć wszystko, co tylko wiedzieć można o jego stosunku do reszty otaczającego go przyrodzenia; o początku, wzroście, postępie i schyłku jego życia; o czynności i mocy tak całej jego machiny, jak i pojedyńczych narzędzi; nakoniec o stosunkach jego towarzyskich, czyli do jestestw jemu podobnych. Nauka o człowieku nie będzie zupełną, jeżeli go nie będzie uważać we wszystkich tych stosunkach i we wszystkich widokach; a z tego względu będąc niezmiernie obszerną, musi się dzielić na wiele odnóg i umiejętności szczególnych«.

Badania anatomiczne i anatomiczno-porównawcze, dalej podróże po innych częściach świata i znajomienie się z różnemi plemionami, wreszcie odkrycia szczątków ludzkich i zwierzęcych przeddyluwialnych i narzędzi przedhistorycznych, udowadniające współczesność człowieka ze zwierzętami czwartorzędnemi, a nawet śmiałe przypuszczenie, że istnienie człowieka sięga jeszcze odleglejszych epok geologicznych, wszystko to wywołało powszechne zainteresowanie się nauką o człowieku; zaczęły powstawać osobne

instytucye i towarzystwa naukowe, mające za cel badanie człowieka. Rozpoczął ten ruch najbardziej niezmordowany chirurg francuski, Paul Broca, organizując w r. 1850 pierwsze w Europie Towarzystwo antropologiczne w Paryżu z pracowniami i katedrami, co znalazło odgłos i u nas. Podczas największej germanizacyi naszej wszechnicy nie zgodził się prof. Józef Majer wykładać fizyologii po niemiecku i począł wykładać przedmiot poboczny, antropologię, z polskim wykładem, z mniejszą o połowę gażą; wykładał ją przez lat sześć od r. 1854—1860. Dobiega więc lat 60, odkąd po raz pierwszy usłyszano w Uniwersytecie polski wykład antropologii. Lekcye wielkiego obywatela i najpopularniejszego z uczonych naszych cieszyły się wielką frekwencyą. Po objęciu ponownie przez Majera katedry fizyologii następuje 15-letnia przerwa w wykładach antropologii aż do r. 1876, w którym Dr. Izydor Kopernicki habilituje się jako docent antropologii, po dziesięciu latach pracy w r. 1886 mianowany profesorem nadzwyczajnym, »ad personam«. — Wybitne stanowisko, jakie Kopernicki zajmuje w historyi naszej nauki, jako pierwszy profesor antropologii, z którego imieniem wiąże się rozwój zakładu, wymaga, by nieco dłużej się zatrzymać nad jego osobą, jak i nad jego działalnością naukową.

Izydor Kopernicki urodził się w samem sercu Ukrainy, we wsi Czyżówce, pow. Żwinogrodzkiego; szkoły średnie przechodził w Złotopolu i Winnicy, a studya lekarskie w Kijowie. Stamtąd wyszły pierwsze jego prace naukowe, tam rozwinął swą działalność społeczną, stojąc w szeregach młodzieży, wśród której wyróżniali się Adryan Baraniecki, Aleksander Kremer, Antoni Józef Rolle i tylu innych, uosabiających najlepsze i najszlachetniejsze idee naszego społeczeństwa doby minionej. Po ukończeniu Uniwersytetu w r. 1855 jako stypendysta rządowy bierze Kopernicki udział jako lekarz armii naddunajskiej w wojnie tureckiej, wytrzymuje oblężenie Sebastopola i pod kierunkiem znakomitego Pirogowa pracuje jako chirurg polowy, znosząc wszystkie trudy obozowego życia, a po ukończeniu wojny w r. 1857 zostaje powołany na prosektora anatomii w Kijowie i tu wykłada anatomię porównawczą i pierwsze prace poświęca kraniologii. Na I rosyjskim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Kijowie w r. 1861 przedstawia Kopernicki pierwszą swą pracę antropologiczną »O badaniach czaszek słowiańskich. »Nie zważając na świetne materyalne warunki, jakie przedstawiał wówczas Kijów dla lekarza praktycznego, Kopernicki, mało ważąc stronę materyalną a pałając żądzą wiedzy, oddaje się pracy naukowej. I ją jednak porzuca, by stanąć w r. 1863 pod sztandarem narodowym; upadek powstania zmusza go do tułaczki. Niepowodzenia i przejścia nie uginają jednak hartu jego duszy, zapał do wiedzy nie gaśnie, lecz jeszcze bardziej z wiekiem się rozwija. W r. 1864 rząd rumuński powołuje Kopernickiego do Bukaresztu w celu urządzenia gabinetu anatomicznego dla mającego powstać wydziału lekarskiego. Wywiązawszy się świetnie z zadania, otrzymuje medal I klasy »bene merenti«. W Paryżu słucha wykładów słynnego Claude Bernarda i twórcy współczesnej antropologii, wspomnianego Paul Broca, pod którego kierunkiem studyuje, mając na myśli zaszczepienie metody tych badań na rodzinnej ziemi. Wreszcie przybywa do Krakowa, tu uzyskuje doktorat i habilituje się jako docent prywatny antropologii. Przy skromnych środkach i braku własnej pracowni, musiał Kopernicki preparować zwłoki małp i innych zwierząt w swem własnem mieszkaniu, które zajmował z rodziną. Nie udało mu się wyjednać ani skromnego lokalu, ani małej jednorazowej dotacyi 400 kor. na urządzenie pracowni, dla której oddawał swe własne zbiory, a o co kilkakrotnie prosił ministerstwo, jak o tem świadczą dokumenta, przechowane w Dziekanacie Wydziału lekarskiego. Pierwsze prace ogłoszone przez Kopernickiego odnoszą się przeważnie do kraniologii; po przybyciu do Krakowa większość prac jego jest poświęcona antropologii i kraniologii ziem polskich. Wyliczać je zajęłoby niemało miejsca; mają one wielką naukową wartość i są podstawą dla badań antropologicznych późniejszych. Z inicyatywy Majera i Kopernickiego powstaje w r. 1876 w łonie Akademii Umiejętności komisya antropologiczna, mająca na celu wprowadzenie do kraju fizycznego badania człowieka i jego materyalnej kultury.

W tych czasach odbywałem studya lekarskie w Kijowie. Świeżą tam jeszcze była pamięć o Kopernickim, jako o prosektorze anatomii. Dla nas ówczesnych studentów imię jego otoczone było pewną auerolą, jako męczennika za ideę i uczonego o szerokim rozgłosie. W latach następnych, osiadłszy na Ukrainie jako lekarz praktykujący, dziwnym zbiegiem okoliczności w rodzinnych okolicach Kopernickiego, chwile wolne od zajęć zawodowych poświęcałem antropologii i pierwsze wskazówki i rady otrzymywałem od niego. Obszerna i długoletnia korespondencya, którą przechowuję, zacisnęła moje stosunki z Kopernickim, a korespondencya ta charakteryzuje go nietylko jako uczonego wysokiej miary, lecz i jako człowieka wzniosłych ideałów. Wysoko stawiając antropologię, jako naukę będącą historyą naturalną najdoskonalszego ze stworzeń, wierząc w rozwój i przyszłość jej, wymagał i od adeptów, poświęcających się tej skomplikowanej wiedzy, wszechstronnego wykształcenia i szerokiego poglądu na świat. Sam on był jakby uosobieniem swych marzeń. Naukowo wykształcony lekarz-praktyk, chirurg i anatom, posiadał obszerne wiadomości z nauk przyrodniczych, paleontologii i historyi. Gruntowny przytem znawca języka ojczystego i pielęgnujący jego czystość, znał wybornie języki słowiańskie i zachodnio-europejskie, miał umysł wysoce krytyczny, wymagający, był surowym sędzią innych, a przedewszystkiem samego siebie. Przejścia życiowe, praca nieustanna, której się oddawał, dzieląc czas pomiędzy nauką a codziennym zarobkiem praktycznego lekarza, nie mogły nie poderwać przedwcześnie sił jego ustroju. Upadającego na zdrowiu Kopernickiego niepokoiła wciąż myśl, że wykłady antropologii z jego śmiercią ustaną i zbiory, nagromadzone przez całe życie, pójdą na zagładę. Już w r. 1889, zamierzając opuścić katedrę i nie wróżąc sobie długiego życia, powziął Kopernicki myśl, abym habilitował się z zakresu antropologii, licząc, że w przyszłości otrzymawszy katedrę, w której utworzenie wierzył, obejmę i jego zbiory. Jeszcze w kwietniu 1888 r. pisał do mnie Kopernicki: »W liście z dn. 23 listop. 1889 r. złożyłem senatowi uniwersyteckiemu oświadczenie, że mając już lat 65 wieku, a czując kres życia mego blizki, pragnę zaznaczyć pobyt i służbę publiczną w naszym Uniwersytecie, zostawiając po sobie pamiątkę pożyteczną i trwałą dla nauki i mając najmocniejsze przeświadczenie, że za lat 20—30 najdalej antropologia musi na równi z innemi umiejętnościami przy-

rodniczemi stać się przedmiotem niezbędnym i obowiązującym dla wykształcenia naukowego lekarzy i przyrodników i przewidując, że wówczas Uniwersytet będzie miał pilną potrzebę w odpowiednich środkach pomocniczych dla należytego wykładu antropologii, — pragnę tej potrzebie według możności uczynić zadość zawczasu i w tym celu ofiaruję Uniwersytetowi wszystkie moje zbiory antropologiczne«. Senat i Wydział lekarski przyjęli dar Kopernickiego z najwyższem uznaniem i jak najusilniej popierając myśl jego w Ministeryum oświaty. Warunkiem, pod jakim ofiarowywał Kopernicki swe zbiory, jako zawiązek dla przyszłego gabinetu i pracowni antropologicznej, było, że utworzony zostanie w przyszłości osobny zakład z pewnem rocznem uposażeniem dla użytku przyszłego profesora antropologii. Myśl ta zajmowała Kopernickiego przez ostatnie trzy lata, które mu sądzono jeszcze było przeżyć. Ze swej strony nie mogłem wówczas niestety niczem przyczynić się do uskutecznienia jego planów;, twarde warunki życiowe skierowały mnie na wschód daleki, gdzie sądzono mi było przebyć długie lata. W dniu 19 czerwca 1891 jeszcze w kraju otrzymałem ostatni dłuższy list od Kopernickiego przed wyjazdem jego do Gleichenbergu, w którym wyraża pewną obawę, ażebym nie zmarniał na dalekiej Syberyi. »Razem z innymi zamysłami i najlepszemi intencyami memi pro publico bono i te nadzieje, które miałem na pana, w łeb wzięły. Nie doczekam się tego... ażebym widział pana na katedrze antropologii w naszym Uniwersytecie«. Po przywiezieniu Kopernickiego złożonego ciężką niemocą z Gleichenbergu do Krąkowa, otrzymałem od niego słów parę, kreślonych drżącą ręką na dni kilka przed śmiercią, a 24 września już życie zakończył [1]).

Wykłady antropologii w Krakowie przerwały się na długo; dopiero po wielu latach na usilne przedstawienia Wydziału lekarskiego, Ministerstwo zdecydowało się w r. 1908 utworzyć dwie pierwsze katedry antropologii w Krakowie i Pradze, których nie posiadał dotąd żaden z Uniwersytetów niemieckich w Austryi; wówczas to jakby w myśl Kopernickiego zaszczycono mię wezwaniem do objęcia nowej katedry. Po trudnych początkach i trzechletnich staraniach o miejsce na zbiory i pracownię, mam nadzieję półrocze zimowe rozpocząć we własnym zakładzie antropologicznym w obszernych ubikacyach dawnego Collegium juridicum na ul. Grodzkiej, jednego ze wspanialszych historycznych zabytków starego Krakowa. Nie wątpię w to, że Ministerstwo, które okazało dużo dobrej woli w sprawie utworzenia katedry, podtrzyma i Zakład, podnosząc z upadku i gmach, w którym się on mieści. W obszernych salach rozmieszczone wówczas zostaną zbiory Kopernickiego, moje, które składam w darze i innych łaskawych ofiarodawców [2]). Wszystko to razem ze zbiorami, oddanymi w depozyt przez Akademię Umiejętności, utworzy kolekcyę czaszek rasowych, złożoną z przeszło tysiąca okazów, a wespół z innymi zbiorami przedstawi jak na początek dorobek wcale pokaźny.

Z powstaniem stałej katedry i zakładu antropologicznego staje się zadość gorącemu niegdyś pragnieniu Kopernickiego, a wyprzedza tem Kraków wiele krajów Europy, nie mówiąc o Austryi, gdzie tylko Uniwersytet czeski w Pradze posiada oddzielną katedrę antropologii; w Niemczech są katedry w Berlinie, Monachium i Fryburgu; Paryż tylko posiada szkołę i pracownię antropologiczną z dyrektorem i 10 profesorami, oprócz tego jest oddzielna katedra w Muzeum historyi naturalnej; w Anglii są katedry w Oxfordzie, w Cambridge i Dublinie; we Włoszech w Rzymie, Neapolu i Florencyi; w Portugalii w Coimbrze; w Szwajcaryi w Zurychu, Bazylei i Łozannie; w Stanach Zjednocz. Ameryki dwie katedry w Nowym-Yorku w Columbia University i w Instytucie patologicznym, a w południowej Ameryce w Limie.

Wyliczyliśmy tu tylko stałe katedry antropologii, nie wspominając o tych uniwersytetach, w których wykłady antropologii prowadzą czasowo docenci prywatni lub profesorowie przedmiotów pokrewnych. Z tego ogólnego poglądu wynika, że antropologia nie uzyskała dotąd jeszcze szerszego obywatelstwa w szeregu nauk, jak na to zasługuje. Tymczasem wiedza antropologiczna ma nietylko na celu pogłębienie wykształcenia fachowego, lecz i oświecenie szerszych kół społecznych i dlatego w przyszłości z pewnością stanie się przedmiotem, wchodzącym w program średnich zakładów naukowych. Może ona znaleźć zastosowanie dla celów praktycznych w stosunkach handlowych, politycznych, lub podróżniczych, przy zetknięciu z ludami europejskimi i pozaeuropejskimi, oraz dla rozszerzenia widnokręgów naszych, ażeby człowiek cywilizowany widział w przedstawicielu człowieka innego plemienia, krwi i rasy — współbrata, co pogłębiłoby niezawodnie nasze pojęcia altruistyczne więcej, niż wszelki suchy moralizatorski dogmatyzm.

W uniwersytetach wprowadzenie antropologii stało się niezbędne. W Niemczech postanowiono zakładać przy uniwersytetach katedry i zakłady antropologiczne z całym zasobem naukowych materyałów i zbiorów.

W zakładzie oprócz profesora — dyrektora zakładu powinno być kilku asystentów.

Celem pierwszym naszego zakładu powinno być przedewszystkiem zbadanie ludów Polski etnograficznej, jak również kolonii naszych, rozproszonych wszędzie, stanów i zawodów, dalej ludów pobratymczych wchodzących w skład dawnej historycznej Polski, Litwy i Rusi, antropologicznie z nami spokrewnionych; wiadomo bowiem, ile krwi naszej wsiąkło do ziem wschodnich i odwrotnie, ile cech fizycznych i duchowych od nich zapożyczyliśmy, które to połączenie duchowych właściwości dało nam tylu geniuszów, talentów i wreszcie pracowników na różnych polach pracy społecznej. Nie mniej domagają się bliższego zbadania wciąż znikające szczątki przedhistoryczne, spoczywające w ziemiach naszych.

---

[1]) Życiorys zmarłego pomieściłem wówczas między innemi w »Niwie« (Warszawskiej) i bawiąc wówczas w Petersburgu, na prośbę znanego etnografa prof. Włodz. Łamańskiego, w »Izw. Imp. Rus. Geogr. Obszczestwa«.

[2]) Czuję się w obowiązku złożyć serdeczne podziękowanie: Oddziałowi Troicko-Rawsko-Kiachtyńskiemu Cesarsk. Geograf. Towarz. za cenną kolekcyę medycyny tybetańskiej, Ks. Wł. Mich. Zaleskiemu arcybiskupowi Tebańskiemu, Delegatowi Apostol. Ind wsch. za kolekcyę pięknych rycin typów aborygenów Ceylonu, Prof. Dr Z. Łaskawskiemu w Genewie za jego wspaniały atlas anatomiczny, p. M. Rutot, Człon. Akad. Um. i Dyrekt. Muzeum histor. naturalnej w Brukseli za kolekcyę eolitów Francyi i Belgii (146 okaz.) i pełną swą bibliografię, pani M. Molleson kustoszowi Muzeum w Troickosawsku za modele kołysek i inne przedmioty kultu wschodniego, Dr. J. Czekanowskiemu kustoszowi Muzeum etnograficznego w Petersburgu za modele gipsowe i fotografie pigmejów afrykańskich, p. B. Piłsudzkiemu za fotografie typów wschodnich i innym.

W krajach, szczęśliwszych od nas, oprócz zakładów uniwersyteckich powinna być w każdem państwie utworzona instytucya naukowa centralna na wzór północno-amerykańskiej »Smithsonian Institution« lub francuskiej »École d'antropologie«, zostającej w kontakcie z uniwersytetami, dla korzyści samej nauki, gdyż może żadna z gałęzi wiedzy nie posiada tylu punktów stycznych z innemi naukami wszystkich kierunków, co antropologia. U nas jedyny zakład antropologiczny Uniwersytetu Jagiellońskiego oprócz pracowni przy Muzeum przemysłu i rolnictwa w Warszawie, wobec swego położenia i obszaru zająć ma wyjątkowe znaczenie. Ma on cel dwojaki: nietylko rozwój studyów naukowych przez podtrzymywanie i popieranie usiłowań jednostek, lecz i rozbudzenie zainteresowania ogółu społeczeństwa wnioskami, wynikającymi z badań nad historyą naturalną człowieka.

Szekspir a medycyna sądowa.

Zestawił

Leon Wachholz.

»Miło, gdy piękną treść piękny wierzch kryje,
I tem wspanialsza, tem więcej jest warta,
Złota myśl w złotej oprawie zawarta«.
(Romeo i Julia).

Pisano już wiele o Szekspirze jako o skończonym teologu, znakomitym prawniku [1]), nieposlednim ornitologu, entomologu, botaniku, a przedewszystkiem o psychiatrze, który jako wielki znawca duszy ludzkiej umiał ująć objawy zaburzeń umysłowych w jednolite typy chorobowe, w trzy wieki dopiero po nim przez naukę ścisłą wyodrębnione i rozpoznane. Pomijam już prace o znajomości muzyki i filozofii u Szekspira, zaznaczyć jednak muszę, że w latach ostatnich rozpatrzono także jego głęboką znajomość kryminologii, w szczególności znajomość duszy zbrodniarza [2]). Stąd już jeden krok do medycyny sądowej.

Już jeden z największych naszych wielbicieli Szekspira, ś. p. Prof. Halban w pismach swych i wykładach powoływał się na zdanie wielkiego poety, którego zasadą było przedstawiać ludzi i rzeczy, jak one są, z rzeczywistości krzesać potęgą swego geniuszu ożywczy i niczem, tylko prawdą tchnący ogień przeczystej poezyi. Wziąwszy sobie za zadanie przedstawić na scenie człowieka w jego przeróżnych przejawach życiowych, nie mógł Szekspir pominąć i niepominął tych z pośród wielu, których badaniem i śledzeniem zajmuje się medycyna sądowa. I stąd tych kilka uwag, które z tego stanowiska są może pierwsze odnośnie do stosunku wielkiego syna Albionu do medycyny sądowej.

Bezcenne są wprost sentencye, rozrzucone hojną ręką w Hamlecie i Romeu i Julii, które winny niezatarcie tkwić w pamięci znawcy lekarza w czasie, gdy opracowuje lub wygłasza swe sprawozdanie. I tak zdania »festina lente, zdradne są kroki za spiesznie podjęte« (Romeo i Julia akt II scena III) i »trzeba nam ważyć słowa, inaczej igraszka ich wystrychnie nas na dudków« (Hamlet akt V. Scena I.), gdyby były zawsze w pamięci znawcy, uchroniłyby go nieraz przed pomyłką dla niego nie zaszczytną, a w skutkach dla sprawy zawsze doniosłą. Devergie radzi znawcy mieć w czasie dochodzeń zamknięte uszy, a otwarte oczy, — Szekspir przeciwnie i nie bez słuszności powiada »miej zawżdy ucho otworem«, a w zgodzie z aforyzmem Brouardela, by znawca do czasu miał zamknięte usta, dodaje »ale rzadko kiedy otwieraj usta«, — »nie bądź skorym myśli wprowadzać w słowa« (Hamlet akt I. scena III). Z drugiej jednak strony, ganiąc nieopatrzny pośpiech, ostrzega Szekspir zarazem przed brakiem stanowczości i wahaniem, gdyż »przedsiębiorczości hoża cera blednie pod wpływem wahań i zamiary pełne jędrności, zbite z wytkniętej kolei, tracą nazwisko czynu« (Hamlet akt III. Scena I.).

Poprzestając na wymienieniu kilku tylko aforyzmów, jako najwięcej ogólnie stosownych dla znawcy, muszę zaznaczyć, że w dramatach swych porusza Szekspir zagadnienia, z całokształtu medycyny sądowej zaczerpnięte, a to nawet zagadnienia, dopiero obecnie wyłonione i roztrząsane. I tak zna on i omawia sprawę śmierci pozornej i sposoby odróżnienia jej od śmierci rzeczywistej. Na prośby Julii wręcza jej O. Laurenty flaszeczkę z płynem, po którego wypiciu, jak ją objaśnia, »wnet po wszystkich żyłach cię przebiegnie usypiający dreszcz, który owładnie wszelką żywotną funkcyą, wszystkie pulsa wstrzymają w tobie swe zwyczajne bicie; ni dech. ni ciepło nie wskaże, że żyjesz. Róże ust twoich i policzków zbledną, jak popiół, oczu zasłony zapadną, każdy twój członek pozbawiony władzy zdrętwieje, zstęgnie, zziębnie jak u trupa«. Czy może być dokładniejszy i z rzeczywistością zgodniejszy, a mimo to równie poetyczny opis stanu zamartwiczego? A jeżeli wywołanie go na przeciąg określonych przez Szekspira 42 godzin zapomocą przetworu trującego jest już podyktowane dowolnością poetycką, to z drugiej strony wiemy, że stany takie można wywołać środkami narkotycznymi.

Sprawę odróżniania śmierci rzeczywistej od pozornej porusza Szekspir w Królu Learze. Nieszczęśliwy król, trzymając w rękach martwą Kordelię, powiada: »Już po niej! umiem ja rozpoznać, kto żyje, a kto trup; z niej już trup tylko. Może się mylę. Podajcie zwierciadło; jeżeli jej oddech na jego powierzchni zostawi jaki ślad, to jeszcze żyje«. Aczkolwiek podany przezeń sposób jest wielce zawodny i o zawodności jego musiał wiedzieć ten, który, tak dokładnie określając śmierć pozorną, zaznacza, że »dech nie wskaże, że żyjesz«, ustęp ten dowodzi przecież, że sprawa odróżnienia śmierci od zamartwicy nie była Szekspirowi obcą.

W Hamlecie w scenie cmentarnej rozpatruje Szekspir sprawę rozkładu ciała ludzkiego w ziemi. Zdaniem jego »jeżeli człowiek nie gnił przed śmiercią (co się w tych czasach często zdarza; mamy bowiem ciała, które pod tym względem nie czekają, aż się je w ziemię włoży), to może przeleżeć ośm lub dziewięć lat. Garbarz przeleży lat dziewięć, bo mu jego rzemiosło tak wygarbowało skórę, że kawał czasu może wodę wstrzymać; a woda jest straszliwą naszych ciał niszczycielką«. Zatem Szekspir znał już wpływy wewnętrzne (zakażenie za życia powstałe) i zewnętrzne (wpływ wody), które przyspieszają rozkład gnilny zwłok.

Sprawę zbiegu przyczyn śmierci rozpatruje w Juliuszu Cezarze. Z pośród 23 ran Cezara chce mieć tę za najprędzej śmiertelną, którą zadał mu Brutus, albowiem »był to cios ze wszystkich ciosów najdotkliwszy. Skoro albo-

wiem Cezar uczuł w piersiach sztylet Brutusa, niewdzięczność, silniejsza od ramion zdrajców, wraz go pokonała«. Zgodnie z lekarzem Antistiusem, który wedle Swetoniusza uważał drugą ranę piersiową za śmiertelną, zaznacza, że rana śmiertelna z ręki Brutusa mieściła się na piersi, atoli jako poeta uważa moment moralny, t. j. niewdzięczność, za czynnik śmiercionośny, pod wpływem którego »pękło mu serce«. Tak więc przyczyną śmierci Cezara byłaby rana kłuta w połączeniu z nagłem a silnem i przygnębiającem wrażeniem psychicznem. Z innych rodzajów śmierci gwałtownej wyróżnia Szekspir w swych dramatach śmierć z uduszenia, utopienia i przedewszystkiem z otrucia, podając znakomitą a wielce poetycką definicyę trucizny. Uduszenie omawia w części II. Króla Henryka VI. Warwik rozpoznaje gwałtowne uduszenie jako przyczynę śmierci księcia Gloster po przekrwieniu twarzy: »Twarz jego zasię czarna i krwi pełna, oczy na wierzchu bardziej, niż za życia, patrzą tak strasznie, jak u zaduszonych«, gdy u »zmarłych w swoją porę« powłoki są wybladłe »bez krwi, gdyż wszystka do serca im zbiegła«. Bardzo trafnie ogląda się Warwik za śladami walki na ciele księcia, jako za dowodem gwałtu mu zadanego: »Włosy przylepione do prześcieradła, piękna, zawsze w ładzie ta broda jego tak dziś potargana, jak zboże lata powalone burzą«. O utopieniu mowa w Hamlecie (akt I. scena 1). Rozważa tu Szekspir dwie możliwości, najczęstsze w praktyce, t. j. utopienie przypadkowe i samobójcze.

Z pośród licznych trucizn, nad których bliższem określeniem się nie zastanawia, wspomina Szekspir w Hamlecie (akt IV. scena 7) o truciźnie, działającej jak np. kurara z pod skóry, t. j. o truciźnie takiej, »że gdy nóż, w niej umaczany, najmniej zadraśnie żyjącą istotę, nie ma środka, któryby potrafił uchronić ją od śmierci«. Romeo ginie od trucizny, która »mogła po wszystkich żyłach rozejść się odrazu i życie odjąć«, a określenie to odpowiada najlepiej związkom sinu. Pojęcie trucizny definiuje Szekspir przez usta ojca Laurentego (Romeo i Julia akt II. sc. 3), który o świcie zbiera »w koszyk z sitowia, roślin tak zbawczych jak zgubnych dla zdrowia«, gdyż »moc to pełna cudów, co się mieści w sokach ziół, krzewów, w martwej kruszców treści. Bo niema rzeczy tak lichych na ziemi, aby nie mogły stać się przydatnemi, ni tak przydatnych, aby miasto służyć, nie zaszkodziły pod wpływem nadużyć. W mdłym kwiatku, w ziółku jednem i tem samem ma nieraz miejsce jad wespół z balsamem, co zmysły razi i to co im sprzyja«.

Znane jest Szekspirowi złudne zewnętrzne podobieństwo dwojga osób. I tak w »Komedyi z pomyłek« obaj Antyfole i Dromiowie, jako bliźnięta, nie dają się od siebie odróżnić, toż samo wprowadza Szekspir złudne podobieństwo między Sebastyanem a jego siostrą Wiolą w »Wieczorze trzech króli«. Stwierdzone w rzeczywistości złudne podobieństwo dwojga nawet obcych sobie osób skłoniło Bertillona[3]) do poszukiwań za innemi cechami, któreby dozwoliły stwierdzić tożsamość osoby. W »Królu Janie« (akt. I. sc. 1), rozpatruje Szekspir dopiero niedawno przez proces hrabiny Kwileckiej nasunięty i przez Strassmanna[4]) poraz pierwszy opracowany problem podobieństwa dziecka do rodziców w przypadkach wątpliwego jego pochodzenia; królowa Eleonora dopatruje się w bękarcie »zarysu twarzy Lwiego-Serca. I dźwiękiem głosu z nim coś spokrewniony«. Spostrzega także ślady swego syna »w szerokich jego członkach i budowie«. A także i króla Jana »oko porównywa to podobieństwo« do Ryszarda. Łącznie z tem rozpatruje Szekspir w zgodzie z zasadami położnictwa sprawę legalności pochodzenia. Robert Fokonbrydż oświadcza odnośnie do pochodzenia bękarta, że »mój ojciec konając, stwierdził, że syn ten matki naszej nie był bynajmniej jego synem, lub w tym razie przyszedłby na świat w czternaście niedziel pierwej, niż trzeba«.

O uwiedzeniu mowa w Hamlecie. Jakże trafne a piękne są obrazowe słowa Laertesa do Ofelii:

»Robak zbyt często toczy dzieci wiosny,
Nim jeszcze pączki zdążyły otworzyć;
I kiedy rosa wilży młodość hożą,
Wpływy złośliwych miazm najbardziej grożą«.

Słowa te znakomicie dają się odnieść do obecnie coraz to częstszych, zwłaszcza po miastach, zgwałceń nieletnich dziewcząt. Brabancyo odnosi oddanie się Desdemony Ottelowi »do wpływu jakowychś mikstur na krew działających«, które młodość »o szał przyprawiają«. Jakkolwiek obecnie nie znamy środków, którebyw istocie zasługiwały na miano »aphrodisiaca«, mimo to ogół nie-lekarski w istnienie ich dotąd jeszcze wierzy. Wspomina także Szekspir o usiłowanem zgwałceniu Mirandy przez Kalibana (Burza akt I. sc. 2), postać anormalną, matołectwem dotkiętą (od tej postaci nazwał Lombroso podobny typ kretynizmu »kalibanizmem«), a tem obwinieniem Kalibana o usiłowane zgwałcenie dowiódł Szekspir, jak dalece znaną mu była kryminologia matołków. Doświadczenie bowiem uczy, że do najczęstszych przestępstw, za które matołectwem dotknięci stają przed sądem, należą przestępstwa płciowe, zwłaszcza zgwałcenie.

Nader trafnie określa Szekspir sprawę zniesionej poczytalności. Oto Hamlet (akt V. sc. 2), prosząc Laertesa o przebaczenie za zabicie ojca i śmierć siostry, oświadcza, »iż to, co uczynił, nie było niczem innem, jak szaleństwem. Czyliż to Hamlet skrzywdził Laertesa? nie, Hamlet bowiem nie był samym sobą. Skoro więc Hamlet nie sam był krzywdzącym, więc Hamlet temu nic nie winien. Któż więc temu winien? Jego szaleństwo. W takim razie Hamlet sam raczej także został pokrzywdzony; szaleństwo jego było jego wrogiem«. Innymi słowy stwierdza tu Szekspir, że w obłąkaniu zachodzi zmiana psychologicznej osoby, która za czyny swe, wynikłe z pobudek chorobowo zmienionej psychiki, odpowiadać nie może.

W końcu godne uwagi jest dowcipne wykrycie symulacyi ślepoty u Simpcoxa przez ks. Gloster (Henryk VI. Część I. akt II. sc. 1) i stanowcze oświadczenie się Szekspira za utrzymaniem kary śmierci, gdyż »kto śmierć zadał, słuszna, by śmiercią za to odpowiadał«. (Romeo i Julia akt III. scena 1).

Literatura: 1) Kohler: Shakespeare vor dem Forum der Iurisprudenz. Würzburg 1883. — 2) Goll: Verbrecher bei Shakespeare. Stuttgart 1908. — 3) Gerichtliche Photographie. — 4) Das Problem der Ähnlichkeit in der gerichtl. Medicin. Viertejschr. f. g. M. 1911. Bd. 41.

Znaczenie salwarsanu w leczeniu rozlanego miąższowego zapalenia rogówki.

Podał

Bolesław Wicherkiewicz.

Jako jeden z pierwszych, którzy stosowali środek wprowadzony przez Ehrlicha, w chorobach oczu na tle kiłowem, doświadczałem bardzo często wprost znakomitego w skutkach działania tego środka. Zastanawiałem się więc, czy ten środek może mieć również jakąś wartość w leczeniu wrodzonego zapalenia miąższowego rogówki, — choroby, która, jak wiadomo, daje naogół dobre rokowanie co do powrotu wzroku, lecz długo pozostawia chorego pod tym względem w niepewności, a często powoduje bolesny niepokój rodziców. Wszystko, co wiemy dotychczas o leczniczem działaniu salwarsanu, upoważniało nas do mniemania, że działanie to równie dobrze objawiłoby się w leczeniu powyższej choroby rogówki, a jednak jeśli badania dotychczasowe wystarczają do wyrobienia sobie sądu odnośnego, doznajemy pod tym względem zawodu.

Zdaje mi się więc, iż należy rozpatrzeć tę sprawę dokładniej, aby stwierdzić raz na zawsze, czy salwarsan, chwalony może więcej, niż na to zasługuje, ma jakiekolwiek znaczenie w leczeniu zapaleń rogówki na tle swoistem czy nie. Liczni badacze przeczą temu, wobec czego należy niewątpliwie w razie potwierdzenia tej opinii zbadać przyczynę bezskuteczności salwarsanu w ich ręku. Czy obwiniać sam środek, czy nieodpowiedni sposób jego stosowania? Może wreszcie rogówka nie jest podatnym gruntem do tego rodzaju leczenia?

Zanim odpowiemy na to pytanie, pozwolę sobie choć w kilku słowach streścić to, co w tej sprawie dotychczas inni badacze wykazali — a następnie zdam sprawę z moich własnych spostrzeżeń.

Pierwszym, który stosował salwarsan przeciw zapaleniom rogówki, był sam Hata, któremu przypadło w udziale współpracownictwo z Ehrlichem. — (Ehrlich — Hata: Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen. Berlin 1910). Udało mu się w przypadku sztucznie wywołanego zapalenia rogówki wywołać znaczne polepszenie, które wystąpiło w kilka dni po wstrzyknięciu salwarsanu w ilości 0·006 na 1 kg wagi do żyły, a po 2 tygodniach rogówka była zupełnie czysta.

Podobny wynik otrzymał w swoich doświadczeniach Igersheimer (München. med. Wochenschrift N. 51. 1910). Spostrzegał on równocześnie, że naczynia krwionośne zwężają się silnie pod wpływem działania tego środka. W tym samym artykule przytacza ten autor 3 przypadki miąższowego zapalenia rogówki, gdzie salwarsan nie wywołał żadnego polepszenia, pomimo, że odczyn Wassermanna uprzednio bardzo dodatni, wypadł ujemnie. — Treupel, Elschnig, Neisser, Uhthoff, Lindenmeyer, Schanz, Sauermann, Wechselmann i inni w przypadkach leczonych salwarsanem nie spostrzegali żadnego lub prawie żadnego polepszenia.

Nacht z kliniki Froelicha w Berlinie podaje również wyniki bardzo mało zachęcające. Igersheimer, jak również Lindenmeyer, spostrzegali zmniejszenie się światłowstrętu, jednakże pierwszy z nich nie przypisuje tego zjawiska jedynie salwarsanowi. — Prócz powyższych są i inni badacze, chociaż mniej liczni, którzy korzystniej wyrażają się o salwarsanie. I tak Glueck zauważył u osoby 25-letniej pewne wyjaśnienie się rogówki na 3-ci dzień po zastosowaniu salwarsanu, lecz rogówka pozostawała zmętniona jeszcze przez 3 tygodnie. Fraenkel i Grouven leczyli dziecko 10-letnie, u ktorego rogówka poczęła się wyjaśniać na obwodzie zaraz po śródżylnem wstrzyknięciu. Również Machek (ze Lwowa) wspominał w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem o dobrem działaniu salwarsanu.

Może być, że nie wymieniłem wszystkich badaczy, którzy się zajmowali sprawą leczenia chorób ocznych salwarsanem, ale zdaje mi się, że dałem zupełnie wystarczający ogólny pogląd na znaczenie salwarsanu w tym kierunku. Przyznać trzeba, że to, co wiemy, nie jest zbyt zachęcające.

Jeśli daję wyniki szczegółowsze z mych własnych spostrzeżeń, to dlatego, że ilość przypadków, osobiście przezemnie spostrzeganych, jest nieco większa, a jakość ich rozmaitsza. Ograniczę się jednak w przytaczaniu historyi chorób tylko do najważniejszych punktów. Już od lipca roku zeszłego leczyłem różne choroby oczne zapomocą salwarsanu, — często z bardzo dobrym skutkiem, lecz dopiero od początku roku szkolnego 1910/11 miałem sposobność zastosowania nowego środka przy miąższowem zapaleniu rogówki na tle kiły; przypadki te przytaczam w chronologicznym porządku.

1. M. A. lat 23, z Królestwa Polskiego. Rozpoznano keratitis parenchymatosa syphil. oc. utr. Chory cierpi od szeregu lat na utratę wzroku i słuchu. Nie mogąc odzyskać ani jednego ani drugiego, mimo różnorodnego leczenia, zgłosił się do mnie 2/11. — Rogówka zmętniona z bardzo nielicznemi, a głębokiemi naczyniami. — V. p. o. palc. $1^1/_2$ m. L. o plc. 2 m. Od. W.: dodatni. 11/11 wstrzyknięcie salwars. w pośladki 0,5, 14/11 polepszenie podmiotowe. 22/11 V. p. o. plc. $3^1/_2$ m. l. o. plc. $2^1/_2$ m. Głuchota stała się słabszą. 25/2 bystrość lewego oka dochodzi do 3 m. Alb. 2.6 Wasserm. lekko dodatni.

Drugie wstrzyknięcie podskórne 0,5 w glicerynie podnosi jeszcze bystrość wzroku, pomimo, że rogówka wyjaśnia się tylko na obwodzie, a środek pozostaje zmętniony. Żadnego odczynu miejscowego, żadnego prawie bolu. 24/1 O. W. dodatni. Wstrzyknięcie podspojówkowe sinku rtęci; wewnętrznie podawano mergal, który wkrótce przestano stosować z powodu zaburzeń żołądkowych. 27/1 wstrzyknięcie salwarsanu na glicerynie podskórnie 0,3. Żadnego miejscowego odczynu nie było, a rogówka zdaje się dalej wyjaśniać. — 10/2 Od. Wass. dodatni. 12/2 Mergal., a od 15/2 wstrzyknięcia podspojówkowe sinku tręci (hydrarg. oxycyan.). W oczach stan bez zmiany. 3/3 Od. Wass. dodatni. 6/3 wstrzyknięcie salwarsanu śródżylne 0,2.

Każde zastosowanie salwarsanu chory dobrze znosił, bez odczynu miejscowego i ogólnego. Brak gorączki i zaburzeń ze strony serca, brak rumienia itd. Lecz oczy pozostają na pozór mało zmienione. Wprawdzie plamy więcej wysycone wyjaśniły się na obwodzie, co było można łatwo stwierdzić, leczb ystrość wzroku pozostała niezmienioną tak, że chory liczył palce do $4^1/_2$ resp. 4 m. i czytał Alb. 2,3 resp. 4.8. W takim stanie wypuściłem go ze szpitala, przepisując mu dioninę i ferrojodlecytynę. W danym przypadku jeszcze zauważam niestosunek bystrości wzroku na blizką i daleką odległość, ale to zjawisko daje się łatwo wytłómaczyć rozpraszaniem światła przez zmętnioną rogówkę.

2. R. D. 39 lat, zamężna, bezdzietna, nie roniła. Zgłosiła się do mojej kliniki 10/X 1910, skarżąc się na utratę wzroku od 8 lat trwającą. Leczyła się w szpitalu św. Łazarza w różnych czasach, lecz od trzech lat wzrok pozostaje niezmieniony. W. o. pr. $^1/_2$ W. l. o. palce 20 cm. Sladów przebytej kiły niema. Prawa rogówka porcelanowobiała, tak że poza nią nic nie widać. Rogówka lewa zmętniona na całej przestrzeni, lecz daleko mniej i widać w niej kilka naczyń głębokich. Od. W. dodatni. 29/11 wstrzyknię-

cie salwarsanu 0.6 śródmięśniowe, bezbolesne, bez gorączki i bez odczynu ogólnego. 7/12. W. o. pr. = ruchy ręki. o. l. = palce na 2 m. 20/12 Od. W. ujemny. To samo 13/2 1911 r.

Ponieważ nie było już skutku po salwarsanie, przepisałem ciepłe kompresy i wkraplanie fibrolizyny do worka spojówkowego. W tym czasie rogówka prawa straciła trochę z porcelanowego wyglądu, stała się już nieco przeźroczysta na obwodzie.

Ponieważ chora znosiła wstrzykiwania bez bolu, więc chociaż Od. Wass. był ujemny, zastosowałem jeszcze wstrzyknięcie trzecie, tym razem podskórne, które chora zniosła również bardzo dobrze. W kilka dni później mogłem stwierdzić, że rogówka lewa wyjaśniła się przy dolnym brzegu tak, że można było tędy zobaczyć tęczówkę, a nawet źrenicę brzegiem przyrośniętą i pomimo atropiny nie rozszerzającą się. — Poleciłem chorej zgłosić się po pewnym czasie dla przekonania się, czy polepszenie dalej postępuje [1]).

3. P. P., lat 11, przyjęty do kliniki 23/X. 1911. r. z powodu obustronnego zapalenia rogówki rozlanego i punkcikowatego. Żadnego śladu kiły, ale odczyn Wassermanna dodatni, Moro ujemny. W. = o. pr. 6 m., o. l. = 5 m. 28/10. wstrzyknięto podskórnie 0.3 salwarsanu. Bolesność dość znaczna. W miejscu wstrzyknięcia rumień i naciek. Chory na ogół nie czuje się lepiej, a jednak rogówka wyjaśnia się na obwodzie. 8/11 badanie wzroku wykazuje polepszenie dość znaczne, mianowicie: o. p. 4/20. o. l. = 4/20. a 15/11. nawet 6/20. Zmętnienia rogówki znacznie mniejsze, plamy zaledwie dostrzegalne. Wziernikiem po raz pierwszy można widzieć dno obu ócz prawidłowe.

4. C. A. 18 l., przyjęta 9/12. 1910. Ojciec zamordowany. Matka roniła 3 razy. Chora miała wrzody na nogach, będąc jeszcze małem dzieckiem. — Zresztą zawsze zdrowa. Cierpi na oczy już od trzech miesięcy Silny światłowstręt, łzawienie, a w chwili, gdy usiłowano otworzyć jej oczy — ciągłe kichanie. Bardzo znaczne objawy kiły nabytej. Od. W. dodatni. Rogówki na całej przestrzeni zmętnione i pokryte głębokiemi i powierzchownemi naczyniami. Miesiączkowanie skąpe co 3 miesiące, virgo intacta, vulvitis, uterus infantilis. Chora — nie mogąc otworzyć oczu, — nic nie widzi. Słuch również silnie osłabiony. Rozpoznanie: Kerat. parench. vasculosa congenita syphilit. oc. utr. Stosowano ciepłe okłady, atropinę bez żadnego skutku. 15/12. wstrzyknięto w pośladki salwarsan, 0.6 w zawiesinie alkalicznej. Chora zniosła wstrzyknięcie bardzo dobrze, bez bolu, bez ogólnego odczynu; ciepłota prawidłowa. — 19/12. kichanie i światłowstręt znacznie mniejsze. Naczyń w rogówce mniej i źrenice zaczynają przebijać. Chora nic prawie jeszcze nie widzi, a z chwilą przedłużenia badania zaczyna znowu kichać. — 30/12. Od. Wasser. ujemny, także 14/1. 1911. Stan ogólny znakomity. Chora czuje się silniejsza, tyje, a twarz jej kwitnąca, słuch lepszy, tak że nie potrzeba podnosić głosu, stawiając pytania; chora może swobodnie patrzeć. Rogówki mniej unaczynione, ale jeszcze mętne. Stosowano w dalszym ciągu ciepłe okłady, atropinę, dioninę, — wzrok atoli nie poprawia się. Zmętnienie rogówek słabsze, zwłaszcza w dolnym odcinku i na obwodzie; w środku nie zmienia się. — 6/10. Od. Wass. dodatni. — Wstrzyknięcie podskórne 0.3 zawiesiny alkalicznej salwarsanu bez odczynu. 21/2. Od. Wass. ujemny. Przy zwykłem oświetleniu zmętnienie na obwodzie zdaje się być słabszem, a w środku i dolnym odcinku rogówki utrzymuje się silniejsze. Przy bocznem oświetleniu można rozpoznać niteczkowate zmętnienia, biegnące od obwodu środkowego bielmowatego zmętnienia w głębszych warstwach rogówki ku obwodowi. Część obwodowa zresztą dość wyraźnie pozwala widzieć tęczówkę i źrenicę, która pozostaje bardzo zwężona prawdopodobnie z przyrośniętym brzegiem, z powodu czego chora zaledwie rozróżnia ruchy ręki.

Przepisano: wstrzykiwania podspojówkowe sinku rtęci (hydrarg. oxycyan.) z akoiną, ciepłe okłady, atropinę ze skopolaminą, wewnętrznie: merjodynę. Wyjaśnienie rogówki postępuje jednak bardzo powoli. Źrenice pomimo środków rozszerzających nie zmieniają się. V. palce $^{1}/_{2}$ m. 11/3 Od. W. dodatni znowu, ale zmętnienia obu rogówek zmniejszają się widocznie. W. p. o. plc. 25 cm, l. o. plc. 1 m. 1/4. Wykonano na oku prawem irydektomię prawidłowo. Bystrość wzroku podnosi się: plc. 3 m. 14/4. W. o. p. 3 m, l. o. plc. 2 m (bez irydekt.). Słuch powrócił prawie zupełnie [2]).

5. R. E. 10 lat. Lues congenita. Leczony przed rokiem z powodu miąższowego zapalenia prawej rogówki. Przyjęty 26/11. 1910 r.. gdyż cierpi od 2 tygodni na silny światłowstręt w oku lewem. Rozpoznano: Kerat. parench. vasc. o. s. Sprawa posuwa się od dołu ku środkowi. $V = \frac{1}{\infty}$. Od. W. dodatni. Odczyn Moro dodatni. 3/12. wstrzyknięto w pośladki 0.35 salwarsanu w glicerynie, bez żadnego znaczniejszego odczynu i bolu. Krwawienie z nosa dość znaczne. Wkrótce po wstrzyknięciu salwarsanu zmętnienie rogówki szybko ustępuje. Szczególniej światłowstręt znika prawie natychmiast. Chory opuścił klinikę 10/1. 1911 r., mając W. = p. o. = 6/36 sn. 2.25, l. o. = 6/18. sn. 1·5.

6. D. A. 12 l. przyjęty 4/2. 1911. Rodzice leczeni rtęcią z powodu kiły. Dziecko bardzo często podlega różnym chorobom oczu od roku, a ostatnio leczone we Lwowie z powodu zapalenia rogówki lewego oka rtęcią. Odczyn Wass. u dziecka i u rodziców dodatni. Rozpozn.: Kerat. parench. vasc. recens oc. dextr., opacitates corneae et kerat. parench. recidivans o. s. W. o. p. = 6/12, l. o. = plc. 1 m. Opht. p. o dno prawidłowe, l. o. dno we mgle. Zmętnienie rogówki postępuje ciągle, a wzrok znacznie słabnie. 8/3. wstrzyknięto 0.3 zawiesiny alkalicznej salwarsanu podskórnie bez odczynu. 9/2. okolica wstrzyknięcia nieco bolesna. Światłowstręt i unaczynienie rogówek zmniejsza się. W prawem oku zmętnienie postępuje nieco, podczas gdy w drugiem oku słabnie. Bystrość wzroku na oku prawem upada, na lewem zaś podnosi się, mianowicie: W. o. p. 6/24, o. l. plc. 2 m. Ponieważ rogówki nie wyjaśniają się więcej pomimo ciepłych okładów, atropiny, przepisałem wstrzyknięcia podspojówkowe sinku rtęci. Próba odczynu Wass. powtórzona kilkakrotnie, daje wynik: 4/2 dodatni, 21/2 ujemny, 9/3. dodatni (+ 3), 17/3. dodatni (+ 3), 20/3. dodatni (+ 3).

Ponieważ utrzymywał się odczyn Wass. dodatni, przeto chory miał otrzymać wśródżylne wstrzyknięcie salwarsanu, lecz skutkiem zagrubej igły nie udało się tym sposobem zastosować go i wstrzyknięto salwarsan w rozczynie wodnym podskórnie w ilości 0,2.

Zmętnienie rogówek zmniejsza się widocznie, oczy prawie bez podrażnienia, a bystrość wzroku podnosi się. I tak 31/3 W. o. p. = 6/12. Sn. 5 c + 4 D, o. l. plc. 2,5 m. Poleciłem stosować w dalszym ciągu wstrzykiwania sinku rtęci (hydr. oxycyan.), atropinę i ciepłe okłady.

7. J. J., l. 8, przyjęty 27/2. 1911. Oko lewe boli chorego od 4 tygodni. Leczony nie był. Rodzice nie przyznają się do zakażenia kiłowego, które z wywiadów jednak okazuje się prawdopodobnem. Mały chory śladów kiły nie ma. Odczyn Moro ujemny; odczyn Wass. dodatni (+ 3).

Rozpoznano: Kerat. parenchym. diff. o. s. $W. = \frac{1}{\infty}$.

Wstrzyknięto śródmięśniowo zawiesinę alkaliczną salwarsanu w ilości 0.3. Nazajutrz nie stwierdzono u chorego żadnego bolu, ani odczynu. Z powodu świerzbu odesłany został chory na oddział chorób skórnych szpitala św. Łazarza, skąd powraca 8/3. Przy badaniu daje się zauważyć znaczne zmniejszenie zmętnień rogówkowych, szczególnie

[1]) Które nie nastąpiło. Natomiast pod wpływem wielkich dawek jodu obie rogówki wyjaśniają się.

[2]) Chora chwilowo znowu w szpitalu. Rogówki nie zmieniły się, wzrok nie podniósł się. Wykonałem iridektomię na lewem oku z bardzo dobrym wynikiem. Od W. dodatni. Pod wpływem jodku sodowego rogówki obie wyjaśniają się.

w górnej części. Te zmętnienia stają się bardziej jednostajne, gdy natomiast przed wstrzyknięciem występowały w postaci plam. 11/3. stan mało zmieniony. 14/3, odczyn Wass. znowu dodatni (+3), polepszenie jednak postępuje i 31/3 zmętnienie tylko w dolnej części unaczynionej rogówki. W. = 6/36. a nazajutrz 6/18. 8/4, W. = 6/8. Alb. 0.5. Dno oka widoczne, prawidłowe. Skutek leczenia jest tak zadziwiający, że mogą nasuwać się wątpliwości, czy chodziło tu o zapalenie rogówki kiłowe, lecz z jednej strony wywiady, z drugiej dodatni odczyn Wassermana, a wreszcie sam obraz rogówki przemawiają za kiłą. Co zadziwia, to powrót dodatniego odczynu W., pomimo czego jednak polepszenie postępowało. Drugie oko przez cały przeciąg leczenia pozostawało bez zmian.

8. J. U. lat 9, przyjęta do mojej kliniki z kliniki chorób dziecięcych, gdzie leczono ją z powodu błonicy. Oko prawe boli chorą od trzech dni. Rozp. Keratit. diff. vasc. zajmująca dolnozewnętrzną część rogówki. Stosowano: ciepłe okłady, atropinę, żółtą maść rtęciową. Choroba postępuje jednak, a bystrość wzroku podupada tak, że dziecko rozpoznaje tylko światło, a gdy 4. IV. odczyn Wassermanna okazuje się dodatnim, stosuję 9. IV. i 14. IV. wstrzyknięcia podskórne 0.1 salwarsanu w glicerynie, a 18. IV. 0.03 śróżylnie w rozczynie wodnym. W owym czasie zacząłem stosować salwarsan w małych, ale częstych dawkach. Chora zniosła wstrzyknięcie bez bólu i bez większego odczynu ogólnego, 11. IV. można było zauważyć w rogówce mniejszą ilość naczyń. 22. IV. zaznaczono, że obwodowe części stają się czystsze, a powierzchnia przedstawia się jakby mniej nakłuta. Światłowstręt słabszy. W. pro. palce 30 cm. Salwarsan 0.1 w glicerynie pod łopatkę dn. 26/4. Już w dwa dni potem W pro. palce 1 i $^1/_2$ metra, a zmętnienie rogówki o wiele słabsze, 12/5 już palce 4 m. Salwarsan w glicerynie w pośladki 0.03. 20/5 zaznaczono: Naczynia głębokie dość liczne ogarniają zmętnienie najsilniejsze w środku, ale zawsze już przeświecające tak, że przy wziernikowaniu widać dno oka wyraźne, prawidłowe, a W. pro. jak dawniej. OW. dodatni.

Gdy dalszej poprawy nie było, puszczono chorą do domu, przepisawszy atropinę. dioninę i mergal.

9. Z. M. 16 lat, kerat. diff. vasc. oc. utr., przyjęta 29/III. W. o. p. = plc. 30 cm. l. o. = plc. 20 cm. Odczyn Wassermanna dod. (+2) 31/III. wstrzyknięto śródżylnie 0.2 a podskórnie, 0.1 salwarsanu bez żadnego odczynu ogólnego i miejscowego. 3/IV. Zmętnienia obu rogówek zmniejszają się szczególniej na obwodzie. W o. p. = plc. 50 cm. o. l. = plc. 2 m. 8/IV. W. p. o. plc. 1 m l. o. = plc. 5 m. i tak w dalszym ciągu postępuje polepszenie. Chora co do oczu nie doznaje żadnych dolegliwości. Powoli rogówki wyjaśniają się. 13/V. W p. o. = 6/20 l. o. = 6/10. Dn. 14/V. wstrzyknięto znowu 0 1 salwarsanu podskórnie (wodnego rozczynu 25 gr.) W kilka dni później rogówki czystsze, w samym środku tylko przeświecające zmętnienie, a W. p. o. = wynosi 6/10 Alb^r. 1.1 l. o. to samo. Wziernik wykazuje dno oka prawidłowe. Polecono dioninę i atropinę.

10. Cz. S. lat 19, przyjęty 1/IV. Do kiły się nie przyznaje, w dzieciństwie często chorował. Oczy zawsze zdrowe. Przed trzema tygodniami rzekomo został uderzony kawałkiem żelaza w górną powiekę oka prawego, która się nieco zaczerwieniła. W tydzień potem zauważył, że tem okiem coraz gorzej widzi. Ponieważ zapalenie mimo leczenia nie ustępowało, zgłosił się do kliniki. Rozpoznałem: keratitis parench. diffus. avasc. oc. d. W = plc. 1 m. Gdy zwykłe leczenie pozostaje bez skutku i wykonane 4/IV. badanie odczynu Wassermanna wypadło dodatnio, wstrzyknięto podskórnie 0.2 salwarsanu w glicerynie, co chory zniósł bardzo dobrze. Nazajutrz rogówka wydaje się jaśniejszą. Wstrzyknięto podskórnie 0.2 jak wyżej. 19/IV. Ból w miejscu wstrzyknięcia, które jest lekko nabrzmiałe. W p. o. = palce 2 mt. Rogówka jaśniejsza, 20/IV. Odczyn Wassermanna dodatni.

Wstrzyknięto pod moją nieobecność 0.6 salwarsanu w rozczynie wodnym 150 gr. w l. pośladek. 26/IV. W p. o. 6/36 Albr. 2.00. W miejscach wstrzyknięć ostatnich obrzęki znaczne, bolesne, mianowicie w pośladku lewym. Światłowstręt i nastrzykanie rzęskowe słabsze. Nieliczne głębokie naczynia w rogówce. 12/V. W p. o. 10/12 Alb. 0.6 c. 4:25. Oko prawie bez podrażnienia tak, że chorego puszczono do domu, przepisawszy mergal.

11. G. R. lat 11 przyjęty 23/V. Wywiady co do rodziców czynią skazę przyrodzoną dziecka możliwą, ale nic pewnego dowiedzieć się nie można. Choruje od 3 tygodni, leczony w Dąbrowie. Rozpoznanie keratitis parenchym. vasculosa sin. W l. o. = palce 4 m. Odczyn Wassermanna bardzo dodatni, 23/V. wstrzyknięcie salwarsanu w pośladki, 0.3 rozczynu glicerynowego 6.6. W. l. o. = 6/36 Albr. 2. Zmętnienie rogówki znacznie słabsze. Odczyn Wassermana lubo słabiej, ale zawsze dodatni. Ponieważ oko mało podrażnione, dla braku miejsca puszczono chorego do domu z przepisami.

12. U. S. 13 l., przyj. 1/V. Chora od 8 tygodni leczona w Rzeszowie. Wywiady skazy kiłowej nie wykazują, dziecko także nie wygląda na kiłowe. Odczyn Wassermanna lekko dodatni. Rozpoznanie: keratitis parench. diffusa vasculosa. conjunctivitis granulosa oculi utr. Z początku leczono tylko objawowo środkami miejscowymi, później dawano mergal, ale gdy sprawa bardzo wolno postępowała, a na lewem oku waskularyzacya mało się zwiększała, wstrzyknięto 23/V. salwarsan w glicerynie 0.3 (3 cm sześ. w pośladki). Wstrzyknięcie bolesne, ale pod wpływem jodwasogenu powoli ból w pośladkach ustąpił. Sprawa rogówkowa znacznie się poprawiła, bo szybko cała rogówka lewego oka pokryła się naczyniami, które następnie dość szybko zaczęły znikać, odsłaniając, najprzód od dołu, rogówkę tak dalece, że można było już 7/VI. widzieć tęczówkę i część źrenicy dolnej. Odczynu Wassermanna okazał się ujemnym w d. 9/VI.

A teraz przejdźmy jeszcze do dwóch innych, w prywatnej praktyce spostrzeganych przypadków miąższowego zapalenia rogówki na tle kiły o typach odmiennych, w których i u rodziców skazę kiłową stwierdzono z całą pewnością i u dzieci były wybitne znamiona dziedziczności.

T. P., przyjęty 27/11 1910 r., z Rosyi. Dziecko 6-letnie, słabe, blade, źle odżywione, pomimo starań matki i dobrego powietrza na wsi. Dziecko przysłane do mnie przez okulistę miejscowego, który mimo odpowiedniego leczenia nie uzyskał żadnego wyniku i nie mógł opanować silnego światłowstrętu. Od wielu tygodni chory chowa oczy w poduszki lub w ramiona osoby pielęgnującej go. W chwili, gdy stara się je otworzyć siłą, występuje częste kichanie i łzawienie.

Udało się jednak stwierdzić, że rogówki całkiem były zmętnione, czerwone wskutek naczyń głębokich i powierzchownych. Ani na jednem ani na drugiem oku tęczówki nie widać. Odczyn W. u matki i u dziecka dodatni. 28/11 wstrzyknięto w pośladki salwarsan 0.175. w glicerynie. Już nazajutrz spostrzega matka, że dziecko otwiera po raz pierwszy na dłuższy czas oczy, a ja mogę bez użycia siły, bez pomocy rozwórek badać oczy i spostrzegam, że rogówki są mniej czerwone; kichanie się nie powtarza. Wstrzyknięcie salwarsanu wywołało silny i długotrwający ból tak, że dziecko nie może leżeć na prawym pośladku, w który wstrzyknięcie zrobiono. Ciepłe okłady, a następnie krótkie miesienie jodwasogenem usuwają te przykre skutki wstrzyknięcia. Równocześnie z każdym dniem stan oczów się polepsza, dziecko biega i nie boi się już lekarza. 6/12 spostrzegam, że zmętnienia rogówek tak dalece stały się słabsze, że łatwo można dostrzedz źrenice, które mimo atropiny pozostają zwężone. Matka zniewolona do powrotu z dzieckiem, dla pielęgnowania córki, chorej na jakąś ostrą chorobę, prosi, by powtórzyć jeszcze raz wstrzyknięcie, którego skuteczność była tak zadziwiająca. Zgadzam się i stosuję 0.2 salwarsanu w rozczynie alkalicznym

pod łopatkę. Odczyn miejscowy dość silny, lecz pod ciepłymi okładami i jodwasogenem ustępuje. Obwód rogówki staje się jaśniejszym, środek jeszcze bardzo zmętniony. Przekrwienie spojówek prawie ustąpiło. Apetyt powraca i dziecko lepiej odżywione dostaje rumieńców. 9/12 Matka wyjeżdża z dzieckiem, które skierowałem do miejscowego okulisty, przepisując atropinę, żółtą maść rtęciową, kąpiele, dobre odżywianie. Kolega ów odesłał mi po kilku tygodniach dziecko, nie widząc już żadnego dalszego postępu w przebiegu choroby; rogówki pozostają zmętnione tak, jak były po pierwszem wstrzyknięciu. Badając potwierdziłem to spostrzeżenie. Obwód wyjaśnił się, ale część środkowa obu rogówek okazuje się prawie bielmowatą, a przy bocznem oświetleniu widać, że źrenica oka lewego jest szersza od prawej. Dziecko nie liczy palców, wśród zmętnień rogówek widać miejsca bardziej wysycone, zresztą dziecko wesołe i dobrze wygląda. Skóra pod łopatką, w miejscu drugiego wstrzyknięcia jeszcze zaczerwieniona i widać tam małą przetokę, z której wydobywa się ciecz jasna surowicza. Badanie tej cieczy nie wykazuje żadnych drobnoustrojów, ani składników morfotycznych z wyjątkiem pewnej ilości limfocytów. Odczyn Moro ujemny. O. Wasser. dodatni. Na razie leczenie polegało na wstrzyknięciach podspojówkowych sinku rtęci (hydrarg. oxycya), atropinie i ciepłych okładach. Dodać wypada, że nawet w przeciągu tych kilku dni można było dostrzedz znaczny postęp w wyjaśnieniu się obu rogówek. Źrenice były widoczniejsze, a chłopiec liczy już palce w odległości 40—60 cm. Byłbym stosował to leczenie w dalszym ciągu, ale matka zgłosiła się wyłącznie na krótki czas dla zastosowania salwarsanu, nie mogłem więc odmówić. 16/2. Wstrzyknąłem 0.3 rozczynu alkalicz. w pośladki, a już w 3 godz. potem rogówki stały się jaśniejsze, co również zauważyła matka, która doskonale umie śledzić stan swego dziecka. 18/2. Matka odjeżdża z dzieckiem, by je pielęgnować w domu. —

Przechodzę do ostatniego przypadku drugiego typu. M. W., pomimo 8 lat drobna, wątła, zęby źle rozwinięte, ozena. Rodzice przebywali kiłę. Przed kilku tygodniami uderzyła się chora nad okiem prawem i odtąd okiem tem gorzej widzi, chociaż na oku tem matka zmian nie dostrzegła. Napozór też wyglądają oczy prawidłowo, jednak przy dokładnem badaniu widać na rogówce oka prawego znamienne zmętnienie, postępujące od dołu i zewnątrz ku środkowi. Nad zmętnieniem powierzchnia nierówna. Źrenica dobrze oddziałuje, okrągła, po atropinie rozszerza się prawidłowo. Wziernikiem widać dno we mgle, pomimo to dają się spostrzegać w kilku miejscach plamki białe na dnie oka. Lewe oko zewnętrznie prawidłowe. Wziernik: retinitis punctata albescens. W. o. p. $= {}^{10}/_{60}$ Hp 3 Sn. l, 25, o. l. = palce 9 m. Sn 3.0 $L = {}^{1}/_{40}$. Od. W. dodatni. Wstrzyknięto podskórnie 0,1 salwarsanu w glicerynie, $^{11}/_{4}$ miejsce wstrzyknięcia dość bolesne, zaczerwienione. Zmętnienie postępuje ku środkowi, ale na obwodzie mniejsze. Unaczynienia brak. $^{14}/_{4}$ zmętnienie posunęło się ku nosowi, a wyjaśnia się na obwodzie. Bystrość wzroku na prawem oku słabnie (plc 4—5 m) lo $= {}^{10}/_{30}$ Hp. 2,5 Sn. 1, 2 c + 7. Wstrzyknięto 0.1 salwarsanu w glicerynie, jak poprzednio. Polecono ciepłe okłady po wstrzyknięciu. 17/4 odczyn miejscowy bardzo silny. Cała środkowa część rogówki prawej zmętniona. Mimo to oko pozostaje prawie bez podrażnienia, a rogówka bez naczyń. Przepisuję atropinę, ciepłe okłady, mergal.

Matka z dzieckiem zgłasza się dopiero 7/6, sądząc, że nie prędzej wrócę do Krakowa. Cały ten czas od ostatniej bytności dziecko poddawano przepisanemu leczeniu. Badanie wykazuje, co następuje: W miejscach wstrzyknięcia podskórnego dwa guzy mało bolesne z lekko zaczerwienioną skórą nad nimi. Oczy pozornie nie podrażnione, bez światłowstrętu i łzawienia. Pro: Zmętnienie rogówki, zawsze jeszcze bez naczyń, słabe, zajmuje dolno-środkową część, gdy górno-zewnętrzna, pierwotnie zmętniona, wyjaśniła się. Obecnie wziernikiem można już dostrzedz dno oka i przekonać się, że i tu znajdują się znamienne biaława drobne punkciki na siatkówce, podobnie jak u lo, na którego rogówce pojawiło się zmętnienie świeże w zewnętrznym kwadracie. Wpro $^{10}/_{20}$ Hp. Sn. l. c. + 5 na 25 cm. Wlo: $^{10}/_{36}$ Hp. l. 5 Sn. 2.25 c + 1.5:15. Sprawa więc cofa się z oka prawego, a przechodzi na lewe. Odczyn W., który w dniu 8/4 był bardzo dodatni, pozostał takimże w dniu 7/6. Wstrzyknięcia powtórnego większej ilości salwarsanu zaniechałem, raz dlatego, że z prawego oka zmętnienie ustępowało i bez tego, a głównie dlatego, że matka z dzieckiem nie mogła pozostać, zaś wstrzyknięcia, nawet minimalne, sprawiały silny odczyn miejscowy. Poleciłem więc stosować to samo leczenie.

Na podstawie powyżej przytoczonych przypadków przekonujemy się, że salwarsan w przypadkach miąższowego zapalenia rogówek na tle kiły wrodzonej nie działa tak szybko, jak to czyni w innych chorobach kiłowych oczu, które leczyliśmy salwarsanem, a które stwierdzają nadzwyczajną wartość tego nowego środka. Nie zgadzam się atoli z tymi, którzy salwarsanowi odmawiają wprost znaczenia w leczeniu powyższej choroby ocznej. Nie da się bowiem zaprzeczyć, że: 1) salwarsan w ostrych postaciach tego zapalenia, o ile ono występuje z silnem unaczynieniem, zmniejsza prędzej, niż inne środki, światłowstręt, ścisk powiek i zbyt gwałtowne unaczynienie; 2) zmętnienie rogówek ustępuje przedewszystkiem od obwodu; 3) po pewnym czasie polepszenie nie robi postępów, a nowe zastosowanie salwarsanu niewiele posuwa sprawę naprzód; 4) należy wtedy zastąpić ten środek innymi, które są ogólnie w użyciu, jako to: kąpiele, ciepłe okłady, dionina, miesienie, jod a nawet rtęć, bez której zresztą zazwyczaj obejść się można. Pomijając więc znaczną skuteczność salwarsanu opanowującego ciężkie stany zapalenia, zgadzam się z tymi, którzy nie zachwycają się salwarsanem w leczeniu rzeczonego zapalenia rogówki, zupełnie temu środkowi jednak skuteczności nie odmawiam. Prawda, jak zawsze, leży pośrodku: salwarsan pomaga nam usuwać lub łagodzić poważne objawy ostrego zapalenia rogówki, a niekiedy nawet wpływa szczególnie korzystnie na przewlekłe tejże postacie.

Nasuwa się atoli pytanie, czemu zapalenie rogówki nie ulega łatwo i wybitnie wpływowi tego leczenia, gdy inne narządy naszego ciała są tak wrażliwe na ten nowy środek. Nawet narząd słuchu, jakeśmy to już widzieli, okazuje się równocześnie bardzo często wrażliwym na działanie salwarsanu, stosowanego przeciw zapaleniu rogówki. Przypuszczano (Treutel), że ten brak działania pochodzi z braku naczyń w rogówce. W wielu przypadkach tego zapalenia rogówki, połączonych z unaczynieniem, salwarsan rzeczywiście okazuje się skutecznym. Przeciwnie postacie bez naczyń są znacznie mniej podatne dla leczenia salwarsanem. Czyż powodem małej skuteczności salwarsanu miałby istotnie być brak naczyń? Być może, a za tem przemawiałaby i ta okoliczność, że rogówka wyjaśnia się właśnie u brzegu, gdzie przecież jest kilka naczyń w sąsiedztwie, a dalej i to, iż postacie unaczynione tego zapalenia (kerat. vascul.) z chwilą, gdy naczynia poczynają znikać po zastosowaniu salwarsanu, okazują się mniej podatne do dalszego leczenia tym środkiem. Tylko więc obwodowe części są przystępne wpływowi salwarsanu, wyjaśniając się, podczas kiedy środek rogówki wedle mego doświadczenia prawie nie ulega wpływowi leku.

Ale jeśliby naczynia miały być głównym warunkiem skuteczności salwarsanu przy leczeniu zapalenia rogówki miąższowego, to musiałoby się to również odnosić do wszystkich innych środków swoistych odnośnie do rogówki, a jednak codziennie stwierdzamy, że tak nie jest. Widzimy to np. w działaniu rtęci przy kile hetolu przy gruźlicy, a nawet elektrargolu, stosowanego podskórnie przy ropnych sprawach w rogówce. Jest jeszcze jedna rzecz, która nas zastanawia. Na podstawie doświadczeń, robionych na królikach, doszedł Igesheimer do wniosku, że salwarsan bardzo skutecznie działa w kiłowych zapaleniach ropnych sztucznie wywołanych. Tenże autor stwierdził, że pod względem anatomii patologicznej niema żadnej różnicy między takiem zapaleniem u królika, a u człowieka. Ponieważ mamy prawo przypuszczać, że obie postacie są wywołane przez krętki blade, Igersheimer stara się dać wytłómaczenie tej różnorodnej skuteczności działania salwarsanu. Upatruje więc przyczynę w odmiennych warunkach biologicznych, w których znajdują się krętki blade w rogówce królika i ludzkiej. — W rogówce kiłowej dziecka krętki mieszczą się od urodzenia, by po latach wywołać zapalenie. Ale te krętki prawdopodobnie zmieniły swoje własności, jak też i wartość odczynu. Jest to teorya, jak i inne, nie tłómaczy nam ona jednak dobrze, dlaczego krętki zmieniają swe własności t y l k o w r o g ó w c e, a nie czynią tego względem innych narządów naszego ciała, gdzie są bardzo wrażliwe na działanie salwarsanu i znikają bardzo szybko po jego zastosowaniu, np. w chorobach uszów i nosa. W ostatnich czasach spostrzegano u chłopca 14-letniego, obciążonego kiłą wrodzoną, a dotkniętego chorobą Bantiego, szybkie ustąpienie tejże po wstrzyknięciu podskórnem 0,4 salwarsanu. (Will. Schmidt, München med. Wochenschrift 12 1911 r.).

Widzimy więc, że sprawa ta nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta. Skłaniamy się raczej do przypuszczenia, że kiłowe zapalenia rogówki są odporne na działanie salwarsanu z powodu braku naczyń, tj. o tyle, o ile rogówka nie unaczynia się.

Nie mam zamiaru rozwodzić się nad sposobami stosowania tego środka, do czego o inną sposobność postaram się, lecz niech mi będzie wolno na zakończenie dorzucić jeszcze kilka słów, dotyczących niepowodzeń w zastosowaniu tego środka. Mimo znacznej ilości różnych postaci chorób ocznych, które leczyłem salwarsanem, nigdy nie miałem poważnych powikłań w miejscu stosowania. Tłómaczę sobie to tem, że robiąc wstrzyknięcie, bardzo powoli wyciągałem igłę, głęboko wsadzoną. W przypadkach, gdzie miejscowy odczyn zbyt silnie się objawia, stosuję okłady i miesienie z jodwasogenem.

Na podstawie powyższych moich wywodów dochodzę do następujących wniosków:

1) Salwarsan, który okazuje się wybornym środkiem przeciw różnym chorobom kiłowym oczu, mniej jest skuteczny przeciw zapaleniu miąższowemu rogówki w przyrodzonej kile.

2) Skuteczność tego środka przeciw omawianej chorobie nie da się jednak zaprzeczyć, a objawia się szczególnie w ciężkich postaciach unaczynionych, usuwając światłowstręt, ścisk powiek, nastrzykanie spojówek, poczem unaczynienie rogówek bardzo prędko się zmniejsza.

3) W zapaleniach rogówki beznaczyniowych wyjaśnianie się rogówek objawia się bardzo prędko po zastosowaniu salwarsanu, ale tylko na samym obwodzie.

4) Stosowanie śródżylne i śródmięśniowe jest najskuteczniejsze, ale także i podskórne działa dość szybko, szczególnie w rozczynie glicerynowym.

5) Po jednorazowem zastosowaniu salwarsanu nie należy pomijać innych zwykłych środków w takich razach używanych, jak ciepłe okłady, atropina, miesienie.

Dbać trzeba również o wzmocnienie ogólne ustroju, stosować leki rtęciowe i jodowe, odpowiednio do okresu cierpienia, jako też usposobienia osobnika. — Salwarsan, będący niewątpliwie ważnym przyczynkiem w leczeniu kiły, nie jest jednak środkiem wyłącznym i nie może wyrugować w pewnych okresach choroby ocznej tamtych środków.

Doświadczenie długoletnie i dokładne śledzenie pojedynczych przypadków pozwoli nam prawdopodobnie kiedyś pozyskać ściśle pod tym względem wskazania.

Z cesarskiego Instytutu klinicznego Wielkiej Księżny Heleny Pawłówny w Petersburgu.

O enteroanastomozach.

Podał

Józef Ziemacki.

Podług M. Jeannela (Chirurgie de l'intestin. 1898, str. 189) w dysertacyi Liotarda z r. 1819 znajdujemy pierwszą propozycyę wykonania enteroanastomozy pomiędzy dwiema pętlami jelit dla usunięcia tak zwanej ostrogi jelitowej, która się wytworzyła w jednym przypadku zgorzeli następczej po uwięźnięciu przepukliny pachwinowej u mężczyzny. W tym celu zbudował Liotard specyalny przyrząd, nazwany przezeń enterotomem, którego rysunek był przedstawiony w tej pracy. Zamiarem Liotarda było wytworzenie połączenia jelita doprowadzającego (wstępującego) z jelitem odprowadzającem (zstępującem), przez otwór boczny, sztucznie utworzony uciskiem enterotomu. Jestto pierwszy w dziejach medycyny przypadek utworzenia enteroanastomozy zewnątrzotrzewnej (extraperitonealis). W 1844 roku Gély opisuje pierwszą operacyę śródotrzewnej enteroanastomozy (intraperitonealis). I tylko w latach 1854 i 1855 Maisonneuve pierwszy opisał szczegółowo i w dwóch przypadkach wykonał boczne enteroanastomozy. Obydwa przypadki zakończyły się śmiercią i dlatego to współcześni nie ocenili w należytej mierze pomysłu Maisonneuvea. W czasie wojny secesyjnej w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej (1860—1864) lekarze wojskowi używali enteroanastomozy sposobem Gély. W roku 1863 Hacken i Adelmann wykonali cały szereg doświadczeń, z których wynikło, że boczne anastomozy jelit sprowadzają wielkie niebezpieczeństwa dla operowanego przez przepełnienie kałem tych części jelita, które wskutek enteroanastomozy są wyłączone z krążenia treści jelitowej. W r. 1880 wykonał Wölfler w klinice Billrotha, którego szkoła wogóle wielce się przyczyniła do rozwoju tego działu chirurgii, liczne doświadczenia na psach i kilka operacyi na człowieku dla wypracowania gastroenteroanastomozy. W r. 1882 Billroth wykonał gastroenteroanastomozę u chorego wskutek przetoki jelita biodrowego.

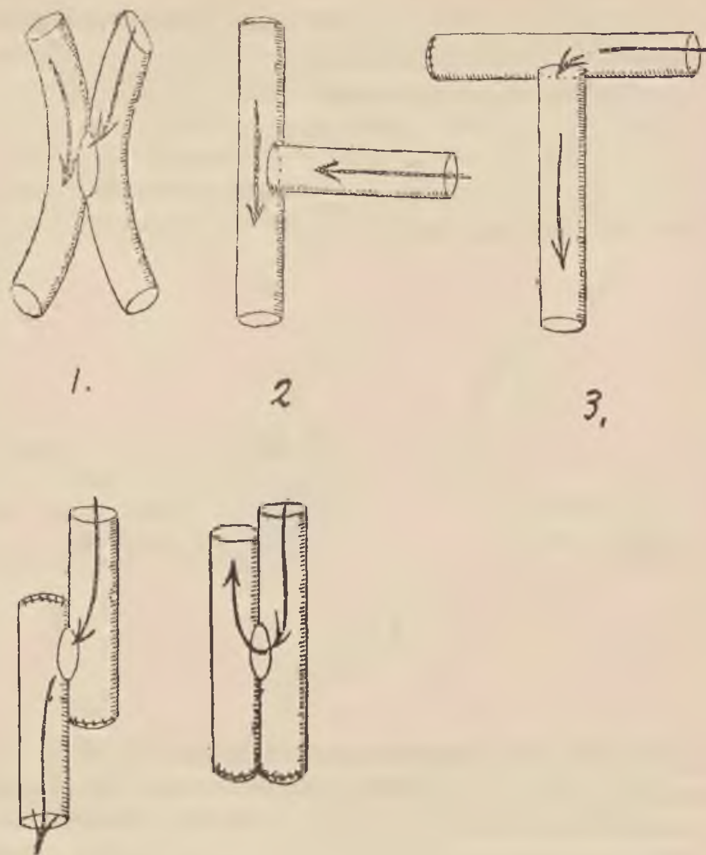
Inni dwaj asystenci tejże kliniki, Hacker i Brenner, użyli dla gastroenteroanastomozy innych metod, które obecnie obok pierwszej metody Wölflera (gastroenteroanastomosis antecolica anterior) są metodami głównemi (gastroenteroanastomosis retrocolica posterior Hackera i gastroenteroanastomosis retrocolica anterior Brennera). Od tego czasu liczba sposobów wciąż wzrasta; w r. 1894 Roux zaproponował gastroenteroanastomosis Joideani, zupełnie identyczną z drugą metodą Wölflera.

Co się tyczy sprawy anastomozy jelit pomiędzy sobą, a nie gastroenteroanastomozy, to w r. 1888 Senn ogłosił pracę doświadczalną, w której wystąpił z krytyką wyników, otrzymanych przez Halkena i Adelmanna, utrzymując, że wykonanie bocznej anastomozy w jelitach przy zaszyciu na głucho poprzecznie przeciętych końców jelita nie pociąga za sobą żadnych złych skutków, opisanych przez wspomnianych autorów. Senn zaleca gorąco przy resekcyi jelita, kiedy wycinamy nawet całą pętlę jelita w poprzek, nie wykonywać okrężnego zeszywania poprzecznie przeciętego jelita, lecz boczną anastomozę po zeszyciu na głucho przeciętych poprzecznie obu końców jelit. W r. 1891 po stronie tej myśli stanęli Braun, Dawis, Sklifosowskij, Murphy. Od tej chwili zwolenników enteroanastomozy bocznej zaczęło przybywać coraz to więcej i obecnie operacya ta należy do niezbyt rzadkich. U nas wiele o tem pisali Rydygier, Barącz, Obaliński i in.

Trzeba przyznać, że w przypadkach przetoki jelitowej, owrzodzenia błony śluzowej jelita, utrudnionego krążenia treści jelitowej wskutek blizny, nowotworu, zaciśnięcia itd. utworzenie enteroanastomozy w celu obejścia i ominięcia przeszkody daje bardzo pomyślne wyniki. W mojej własnej praktyce miałem kilka przypadków doszczętnego wyleczenia chorych po wycięciu jelita na nieznacznej przestrzeni z powodu raka, po zastosowaniu enteroanastomozy. Niektórzy z tych chorych są już po 15—12—10 lat zupełnie zdrowi. W obecnych czasach panowania aseptyki operacya enteroanastomozy powinna być dostępna każdemu chirurgowi-praktykowi, bo nie przedstawia żadnych technicznych trudności. Potrzeba ideę tej operacyi szerzyć i obecnie na dobie będzie szczegółowe rozważenie sposobów jej wykonania.

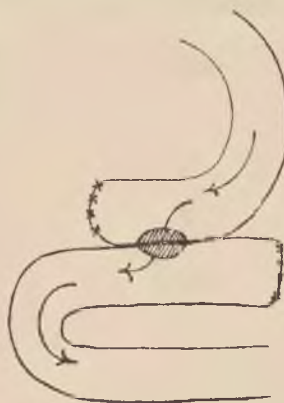
Enteroanastomozy mogą być wykonane podług pięciu sposobów: 1) zapomocą anastomozy bocznej, to co angielscy chirurdzy nazywają »side-to-side« t. j. bok do boku jelita; 2) zapomocą anastomozy poprzecznej do boku jelita »end-to-side« t. j. poprzeczne cięcie łączy się do bocznej ściany jelita; 3) zapomocą anastomozy bocznej do poprzecznego przecięcia jelita »side-to-end« t. j. boczną ścianę jelita doprowadzającego łączymy z poprzecznem przecięciem jelita odprowadzającego; 4) zapomocą anastomozy bocznej po przecięciu jelita przy zeszyciu obu końców na głucho metodą Maissonneuvea, a także 5) metodą Senna, jak to jest przedstawione w odmianach 4. i 5. na rys. I.

Wśród pierwszej kategoryi czysto bocznych anastomoz jelitowych, t. j. przy anastomozach »side-to-side« mamy dwa typy, nieco się od siebie różniące. A mianowicie pierwszy typ — to anastomoza wedle Maisonneuvea, kiedy jelita są w ten sposób ze zobą zeszyte (zespojone), że oś jelita doprowadzającego bezpośrednio przechodzi w kierunek osi podłużnej jelita odprowadzającego, t. j. że ich ruch robaczkowy idzie w jednym i tymsamym kierunku.



Boczne anastomozy: 1) bok do boku, 2) cięcie poprzeczne do boku i 3) bok do cięcia poprzecz.

Rys. I. Pięć odmian bocznej i poprzecznej anastomozy pomiędzy jelitami.



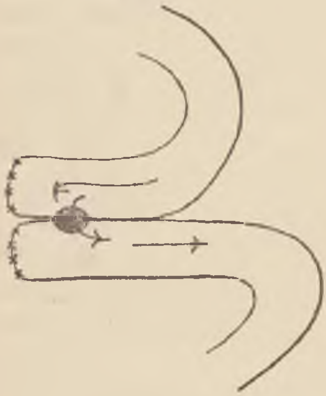
Rys. II. Utworzenie anastomozy bocznej podług Maisonneuvea w jelitach, ułożonych w ten sposób, że kierunek perystaltyki jelita doprowadzającego przechodzi bezpośrednio w kierunku jelita odprowadzającego.

Typem innym bocznej anastomozy jelit jest anastomoza podług Senna. Przy tej operacyi jelita są ułożone w ten sposób, że oś jelita doprowadzającego jest równoległa do osi jelita odprowadzającego, przyczem ruch robaczkowy w obu połączonych ze sobą pętlach jest rozbieżny, t. j. skierowany w odwrotne strony.

Jak przy sposobie Maisonneuvea, tak i przy sposobie Senna anastomozy są boczne, t. j. łączymy ze sobą boczne ściany jelit, tworząc okienko łączące w bocznej ścianie jelita w okolicy przeciwległej krezce.

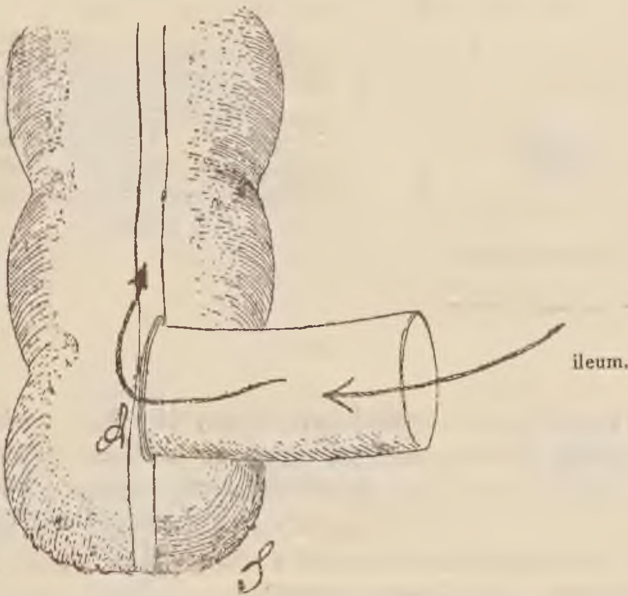
Nie jestem bezwzględnym zwolennikiem stosowania bocznej enteroanastomozy w przypadkach wycięcia jelita (resectio intestini). Za najodpowiedniejszy rękoczyn uważam okrężne zeszycie obu poprzecznych przecięć jelitowych w tych przypadkach, gdzieśmy użyli resekcyi. Są jednak takie okolice, w których, po wycięciu jelita, nie możemy

połączyć ze sobą poprzecznie przeciętych jelit szwem okrężnym, jak np. okolica kątnicy, gdyż naprzód jelito grube jest o tyle szersze od jelita biodrowego, że połączenie ich poprzecznych cięć jest rzeczą wprost niemożliwą, a powtóre powstaje po wygojeniu się skłonność jelita biodrowego do wgłobienia się do jelita ślepego (grubego). Zapobiegawcze skrócenie krezki jelita biodrowego przez utworzenie fałdu, przez przyszycie krezki do okolicznych części krezki, — mało w tej sprawie pomódz może. Dlatego to w tych przypadkach, gdzie mamy połączyć jelito cienkie z jelitem grubem, nie należy wcale używać okrężnego zeszywania jelit w razie resekcyi zastawki Bauhina, t. j. »end-to-end«, lecz powinniśmy użyć wpojenia poprzecznego przecięcia jelita cienkiego do szczeliny w bocznej ścianie jelita grubego (okrężnicy), przyczem przecięte w poprzek jelito grube zeszywamy na głucho, t. j. należy wykonać »end-to-side« (rys. IV.).



Rys. III. Utworzenie enteroanastomozy bocznej podług Senna. Kierunek ruchu robaczkowego jest rozbieżny w obu pętlach.

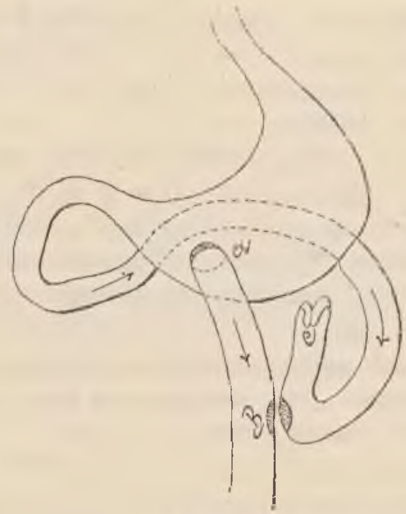
Colon asc.



Rys. IV. Jelito biodrowe wszyte poprzecznem swem przecięciem do bocznej ściany jelita grubego. Wzór enteroanastomozy tak zwanej »end-to-side«. *A* — anastomoza (ileocolostomia). *S* — linie szwów na przeciętym końcu jelita grubego. Przestrzeń od *A* do *S* — sztucznie utworzony ślepy zaułek w jelicie odprowadzającem.

W celu wyświetlenia sprawy najstosowniejszego wyboru metody enteroanastomozy wykonałem już bardzo dawno cały szereg doświadczeń na psach. Dla ocenienia wyników moich doświadczeń pozostawiałem psy po pół roku i dłużej przy życiu, ażeby wyświetlić wyniki nawet najbardziej odległe.

Podaję tu po dwa rysunki równolegle jeden obok drugiego, przedstawiające zamierzony plan operacyi a obok przedstawiam schematyczny rysunek tego stanu jelit, jaki znaleźliśmy w kilka miesięcy po wykonaniu operacyi.



Rys. V.

Na rysunku V. plan operacyi był następujący: 1) poprzeczne przecięcie jelita cienkiego; 2) przyszycie poprzecznego cięcia jelita odprowadzającego do szczeliny w bocznej ścianie żołądka — »end-to-side«; 3) zaszycie na głucho poprzecznego przecięcia jelita doprowadzającego i 4) utworzenie bocznej anastomozy pomiędzy jelitem odprowadzającem, a doprowadzającem — »side-to-side«. Wskutek takiego ułożenia jelit w przestrzeni jelita doprowadzającego pomiędzy *B* a *C* powstaje w jelicie doprowadzającem pomiędzy anastomozą *B*, a końcem jelita *C*, ślepy zupełnie zakątek.



Rys. VI.

Rys. VI. przedstawia wyniki tego doświadczenia; *a* — anastomoza pomiędzy żołądkiem a jelitem; przestrzeń pomiędzy *a* — *b*, to część jelita odprowadzającego pomiędzy anastomozami. *B* — anastomoza boczna pomiędzy jelitami; przestrzeń *B* — *C*, to ślepa część jelita doprowadzającego, zaszyta w *C* na głucho i stanowiąca swojego rodzaju jelito ślepe, tylko z tą różnicą, że naturalne jelito ślepe (coecum) ma ruch robaczkowy, poczynający się od ślepego końca,

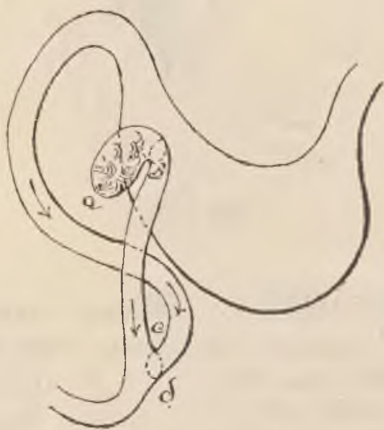
a w tym sztucznym ślepym zakątku *B — C* ruch robaczkowy skierowany jest ku ślepemu końcowi. To też w tym zakątku przez kilka miesięcy życia psa zebrała się wielka ilość kału, rozepchała całą część jelita, które w tem miejscu rozszerzyło się i zostało przepełnione »ad maximum« twardą suchą masą kałową. Rzecz oczywista, że drogami natural nemi, tj. przez otwór anastomotyczny *B*, pomiędzy jelitami



Rys. VII.

założony, te masy kałowe przejśćby nie mogły. Sprawa skończyłaby się u psa pęknięciem rozszerzonego jelita i zapaleniem otrzewnej.

Takiż sam wynik otrzymałem jeszcze przy zeszywaniu na głucho jelita czczego przy gastroenteroanastomozie, dokonanej u psa sposobem bocznym. Na rys. VII. widzimy schematyczny szkic operacyi, wykonanej na psie d. 29. XII. 1896, przyczem od anastomozy *b* do zaszytego na ślepo końca *a* w przestrzeni *b — a* utworzyły się złogi kałowe, wskutek wtłaczania do tej przestrzeni coraz to nowych ilości kału, z innych części jelita wpędzanych przez ruch robaczkowy. Rozciągnięta część jelita przedstawiła się nam w kilkanaście tygodni po operacyi w postaci ciężkiej, wielkiej kuli, wypełnionej suchą, cuchnącą masą kałową.



Rys. VIII.

Zupełnie podobny wynik otrzymałem w doświadczeniu na trzecim psie, operowanym d. 23. kwietnia i zachloroformowanym w d. 21. czerwca 1897. W ślepym zakątku tej pętli jelita, która pozostała poza otworem anastomotycznym, w części jelita, oznaczonej na rysunku IX. literami *b — a*, powstały złogi kałowe w postaci wielkiej kuli, dość twardej i ciężkiej wskutek nadmiernego rozciągnięcia jelita zwartą masą kałową, nagromadzoną w tej okolicy przez ruchy robaczkowe, co jest uwidocznione na schematycznym



Rys. IX

rysunku X. W danym przypadku użyłem przy połączeniu jelita z żołądkiem i jelita z jelitem po poprzecznem przecięciu jelita bocznych anastomoz. Otóż przy tej kombinacyi otrzymujemy dwa ślepe zaułki, w części jelita odprowadzającego pomiędzy *a — b*, w części jelita doprowadzającego pomiędzy *c — d*. Dlaczegóż więc w tym przypadku kał nagromadził się tylko w części *a — b*? Otóż okazało się, że ślepa część jelita czczego pomiędzy *c — d* (na rys. X. uwidoczniona) w tym przypadku uchroniła się od nagromadzenia się kału

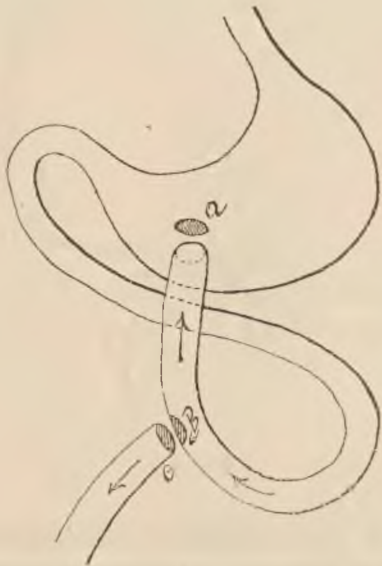


Rys. X.

tylko dzięki temu, że się wynicował ku wewnątrz jej ślepy koniec *c*. Wskutek tego wgłobienia zaszytego na głucho końca powstał swego rodzaju tłoczek, który wypychał ku otworowi anastomotycznemu treść jelita, trafiającą do przestrzeni *d — c*.

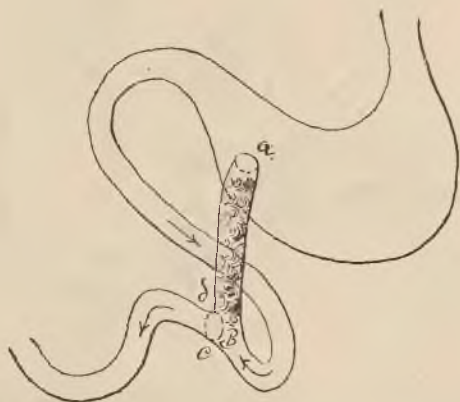
Jako dowód tego, że takie zastoje kałowe (coprostasis) mogą tworzyć się nietylko w ślepych uchyłkach, ale i w tych nawet częściach jelita, w których krążenie treści jest tylko powstrzymane lub nieco upośledzone, mogę przytoczyć przypadek, spostrzegany przy gastroenteroanastomozie u psa, który żył długo po operacyi, dokonanej przezemnie podług drugiej metody Wölflera z tą różnicą, że

do żołądka wszyłem wstępującą (doprowadzającą) część jelita, a do wstępującej przez boczną szczelinę wszyłem poprzeczne przecięcie odprowadzającej części (zstępującej), jak to widzieć można na rys. XI.



Rys. XI.

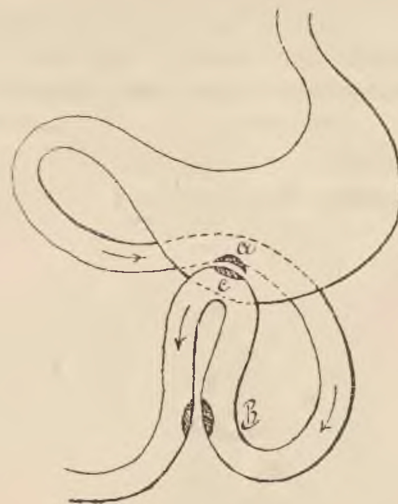
Przy takiem ułożeniu jelit, wobec prawidłowo działającego odźwiernika, rzecz naturalna, — główne krążenie treści poszło drogą prawidłową: przez odźwiernik, przez dwunastnicę, przez anastomozę *B* do jelita zstępującego (odprowadzającego). Przez to — w części jelita doprowadzającego pomiędzy anastomozą z żołądkiem — *a*, i anastomozą jelitową — *B* powstało upośledzenie krążenia treści, nagromadziły się masy pokarmowe i po dłuższem życiu psa otrzymaliśmy olbrzymie nagromadzenie się kału, oznaczone zacieniowaniem tej części na rysunku XII.



Rys. XII.

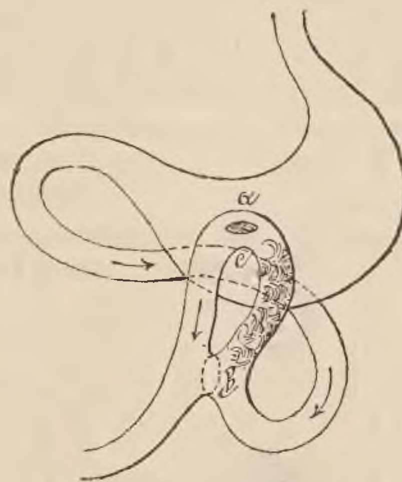
Jako jeszcze jeden dowód łatwego powstawania u psów zastojów kałowych w częściach jelita z upośledzonem krążeniem treści może służyć następny przypadek gastroenteroanastomozy, doświadczalnie wykonanej na psie w d. 19. VI. 1897.

Jak wskazuje rys. XIII. — plan operacyi polegał na wykonaniu bocznej gastroenteroanastomozy bez przecięcia



Rys. XIII.

jelita czczego metodą drugą Wölflera, t. j. przez połączenie jelita z przednią ścianą żołądka (gastroenteroanastomosis antecolica anterior). Operacyę zakończono przez dodanie dopełniającej bocznej enteroanastomozy wedle Brauna pomiędzy doprowadzającą i odprowadzającą pętlą jelitową na odległości 10 cm od ujścia do żołądka. Pies żył niedługo, a pomimo to znalazłem przy sekcyi, jak to widać na rysunku XIV, w części jelita doprowadzającego pomiędzy ujściem międzyjelitowem, a ujściem jelitowo-żołądkowem



Rys. XIV.

zatkanie złogami kałowymi. W danym przypadku krążenie treści w jelicie czczem było w zupełności wolne w pętli odprowadzającej (zstępującej), gdyż do niej pokarm z żołądka mógł przejść swobodnie dwiema drogami 1) przez odźwiernik, dwunastnicę, do jelita czczego, a stąd przez enteroanastomozę, i 2) przez nowoutworzone ujście *a* (gastroenteroanastomoza). W obrębie zaś *B* — *a* zebrał się kał w dość znacznej ilości i chociaż z tego obrębu kał miał zupełnie wolną drogę w dwóch kierunkach do części odprowadzającego jelita: 1) przez ujście *B* i 2) obok ujścia żołądkowego *a*, to jednak kilka dni życia psa po operacyi wystarczyło na wytworzenie znacznego zastoju kału.

Jeżeli takie fakta nierzadkie były w moich doświad-

czeniach na psach, to nie można przeczyć możliwości tego i u ludzi.

Mógłbym przytoczyć jeszcze wiele przykładów zupełnie podobnych. Rozmiary tego artykułu nie pozwalają jednak na to. Jednak, zdaniem mojem, już przytoczone przypadki objaśniają całą sprawę w dostatecznej mierze.

Na zasadzie moich badań doświadczalnych doszedłem do następujących wniosków:

I. Operatorowie, doradzający wytwarzać boczną anastomozę przez zaszywanie na głucho poprzecznie przeciętych pętli jelitowych i łączenie bocznych ścian przez anastomozę — postępują nieracyonalnie.

II. Szczególniej karygodną rzeczą jest tworzenie ślepego uchyłka w jelicie doprowadzającem (wstępującem).

III. Przeciwnie, — uważam za najodpowiedniejsze — połączenie poprzecznie przeciętego jelita nie bocznemi anastomozami, lecz okrężnem zeszywaniem.

IV. Wolno przy wykonywaniu anastomozy po poprzecznem przecięciu jelita utworzyć boczną anastomozę w części odprowadzającej (zstępującej) w ten sposób, ażeby uchyłek ślepy był utworzony w jelicie odprowadzającem. Przytem część doprowadzająca powinna być wszyta (wpojona — wpuszczona) poprzecznem swem przecięciem do szczeliny w bocznej ścianie jelita odprowadzającego (zstępującego), t. j. powinniśmy wykonać »end-to-side«. Jestto postępowanie, wiodące do stanu analogicznego z tym, jaki mamy w naturze u człowieka w okolicy kiszki ślepej. I podług tej kombinacyi powinniśmy operować w przypadkach wycięcia kątnicy u człowieka (ileo-colostomia). Jedyna boczna anastomoza jest operacyą, na którą zgodzić się można i która też u człowieka, w ten sposób wykonana, może dać świetny wynik. W wielu przypadkach ileokolostomii po wycięciu jelita ślepego wraz z zastawką Bauhina miałem sposobność to sprawdzić.

Wiadomości bieżące.

Z powodu jubileuszu »Przeglądu lekarskiego« zostali przez Towarzystwo lekarskie krakowskie mianowani członkami honorowymi:

Z Warszawy: Józef Bieliński, Henryk Dobrzycki, Władysław Gajkiewicz, Zygmunt Kramsztyk, Stanisław Markiewicz, Alfred Sokołowski,
z Łodzi: Seweryn Sterling,
z Wilna: Aleksander Wojnicz, Władysław Zahorski,
z Kijowa: Karol Rumszewicz,
z Poznania: Franciszek Chłapowski,
z Torunia: Leon Szuman,
ze Lwowa: Antoni Jurasz, Henryk Kadyi, Emanuel Machek, Ludwik Rydygier,
z Petersburga: Otton Czeczott, Józef Ziemacki, S. S. Zaleski,
z Paryża: Jan Babiński,
z Pragi: K. Chodounsky, Jaroslav Hlava, E. Maixner i Antonin Vesely.

Dla zaznaczenia swego uznania dla pięćdziesięcioletniej działalności »Przeglądu lekarskiego« mianowało Towarzystwo lekarskie w Łodzi swym członkiem honorowym obecnego redaktora głównego, Stanisława Ciechanowskiego.

»Nowiny lekarskie« poświęciły »Przeglądowi lekarskiemu« jako dar jubileuszowy wspaniały osobny zeszyt, wypełniony pracami oryginalnemi dwudziestu dwu wybitnych autorów polskich, a rozpoczynający się nadzwyczaj serdecznem i pięknem słowem wstępnem.

Spis Delegacyi na jubileusz »Przeglądu lekarskiego«:

Akademia Umiejętności w Krakowie, r. dw. Prof. Dr Zoll, senior.

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, r. dw. Prof. Dr Browicz.

Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego, r. dw. Prof. Dr Kadyi.

Towarzystwo naukowe warszawskie, Doc. Dr Wład. Janowski.

Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu, Dr H. Święcicki.

»Casopis lekaru ceskych«, Dr J. Semerad i Prof. Dr R. Kimla.

»Sbornik lekarski a Revue«, r. dw. Prof. Dr Hlava.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska, prezydent Dr Schöngut.

Warszawskie Stowarzyszenie lekarzy, Dr J. Jaworski i W. Szumlański.

Towarzystwo doraźnej pomocy lek., Warszawa, Dr J. Zawadzki, prezes.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich, prezes Prof. Dr Machek.

Towarzystwo lekarskie lwowskie, prezes Prof. Dr Sieradzki.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarskiego galic., Dr Z. Meisels i Dr M. Spatz.

Związek lekarzy rządowych w Galicyi, Dr Bielański i Obtułowicz.

Towarzystwo higieniczne lwowskie, prezes Dr Obtułowicz.

Towarzystwo lekarskie w Łodzi, Dr S. Sterling.

Towarzystwo lekarskie w Radomiu, prezes Dr H. Fidler.

Towarzystwo lekarzy Zagłębia dąbrowskiego, prezes Dr Czajkowski.

Redakcya »Kosmosu«, redaktor Prof. Dr Tołoczko.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk i Redakcya »Nowin lek.«, red. Dr S. Łazarewicz.

Redakcya »Gazety lekarskiej«, red. Dr A. Puławski.

Redakcya »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, red. Dr J. Zawadzki, wyd. Dr L. Guranowski.

Redakcya »Tygodnika lekarskiego lwowskiego«, red. Doc. Dr Nowicki.

Redakcya »Czasu«, red. Rudolf Starzewski.

Polskie Towarzystwo balneologiczne i Redakcya jego wydawnictw.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam Berlin-Buch (Deut. med. Woch.), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«,

anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18 (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX. Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. — (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Prym.

Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekologiczno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatolo-

gii: Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahres-bericht [Würzburg], Archiv f. Dermatol. u. Syphilis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftalmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.